

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE 406 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Michel-Henri-Jean BRENUGAT

Né le 5 Septembre 1912, à Corseul (Côtes du Nord)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS ENTRE LA TUBERCULOSE

ET LES PSYCHOPATHIES

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Michel-Henri-Jean BRENUGAT

Né le 5 Septembre 1912, à Corseul (Côtes du Nord)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS ENTRE LA TUBERCULOSE
ET LES PSYCHOPATHIES

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD.....	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.....	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LAVIER.....	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNÈQUE.....	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ.....	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR BRENUGAT ✻ ✧

A MA MÈRE

*« En faible témoignage de
mon affection et reconnais-
sance filiales ».*

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

*« En témoignage de mon
affection fraternelle ».*

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR VIÉ

Médecin chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

*« Vous nous avez suggéré
le sujet de cette thèse, aidé de
vos conseils, veuillez trouver
ici un bien faible témoignage
de notre reconnaissance ».*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie à la Faculté de Médecine
de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin à l'Hôpital de la Pitié

Officier de la Légion d'Honneur

*« Qui a bien voulu nous
faire le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette
thèse.*

*« Hommage de profonde et
très respectueuse gratitude ».*

A MESSIEURS LES DOCTEURS
P. ABELY, BEAUSSART, DUCOSTE, GOURIOU
Médecins Chefs des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

« Expression de nos sentiments très reconnaissants pour l'intérêt que vous nous avez toujours témoigné ».

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX
Médecin des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIST
Médecin des Hôpitaux de Paris

« Remerciements et témoignage de profonde admiration ».

A MONSIEUR LE DOCTEUR COULAUD
Médecin assistant au Sanatorium de Brévannes

« Avec l'expression de nos très sincères remerciements ».

A MONSIEUR LE DOCTEUR MISSET
Médecin radiologue de l'Hôpital Henri-Rousselle

A MESSIEURS LES MÉDECINS CHEFS
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
DE MAISON-BLANCHE

MESSIEURS LES DOCTEURS BEAUDOUIN, CHATAGNON,
DEMAY, MARTIMOR

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES
DE LA SEINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PORCH'ER

*« Qui nous initia à l'étude
de la Psychiatrie. Témoi-
gnage de profond attache-
ment ».*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSEAU

*« Qui a été pour nous un
excellent Maître de Clinique
et nous sommes heureux de
le remercier des marques
d'affectueuse sollicitude qu'il
nous a prodiguées. »*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPOUY

Médecin de l'Hôpital Henri-Rousselle

*« Qui nous a aidé dans la
documentation de cette thèse.
Hommage de respectueuse
reconnaissance ».*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BOURGEOIS

Médecin des Hôpitaux de Paris
Médecin au Sanatorium de Brevannes

« Sentiments de vive reconnaissance pour l'enseignement dont il nous a fait bénéficier ».

A MADAME LE DOCTEUR BOQUET-JESENSKY

Médecin assistant au Sanatorium de Brevannes

« Qui nous a apporté spontanément le concours de sa grande expérience ».

A MONSIEUR LEROUX

Membre du Conseil Supérieur de l'Office National des Pupilles de la Nation

A MONSIEUR HERPE

Secrétaire général de l'Office Départemental des Pupilles de la Nation
d'Ille-et-Vilaine

« Sentiments de vive reconnaissance. »

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEUVRE

Directeur Honoraire de l'École de Médecine de Rennes

« Sentiments de profonde gratitude ».

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE RENNES

MONSIEUR LE DOCTEUR P. HARDOUIN

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMACHE

MONSIEUR LE DOCTEUR LE DAMANY

MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUIS

Directeur de l'École de Médecine de Rennes

« Hommage de vive reconnaissance pour les leçons dont ils nous ont fait profiter ».

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUQUET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. RECAMIER

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel

A MON CAMARADE F. BONHOMME

Interne en Pharmacie des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

*« Que je remercie de l'aide
qu'il m'a spontanément of-
ferte.*

*« En témoignage de ma
grande amitié ».*

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Dans ce travail, nous nous sommes proposé d'étudier le rôle étiologique que la tuberculose pouvait exercer dans la genèse des maladies mentales. Au cours de notre année d'internat au Pavillon sanatorial de l'Hôpital Psychiatrique de Maison Blanche, nous avons vu ce problème se poser tous les jours sous nos yeux. Il est extrêmement vaste et, nous le constaterons, assez difficile à serrer de très près.

Nous allons en présenter une vue d'ensemble en nous attachant surtout aux cas que nous avons pu observer nous même : chez certains d'entre eux, la chronologie des troubles était si nette que l'étiologie tuberculeuse apparaît extrêmement possible, réserve faite du terrain névropathique plus ou moins prédisposé qu'apportaient les malades. Et, tandis que dans la démence précoce, dans la méningite tuberculeuse, le trouble nerveux paraît souvent se substituer à la lésion viscérale, pulmonaire ou osseuse par un mécanisme de métastase, dans nos cas nous avons observé surtout un parallélisme des deux affections viscérale et mentale. Nous nous efforcerons d'élucider cette différence dans l'évolution des processus.

Méthodes d'examens chez les tuberculeux atteints de maladies mentales

Le seul examen clinique ne suffit pas comme l'ont fait ressortir PRIVAT de FORTUNIE et GENEY, M^{lle} PASCAL et DOUSSINET. Il faut y associer l'examen radiologique et les recherches de laboratoire. La plupart des travaux dirigés

dans ce sens ont été faits au cours d'études sur la Démence Précoce.

EXAMEN CLINIQUE

Au congrès de Lille (1930), PRIVAT de FORTUNIE et GENEY ont insisté sur le fait que les signes fonctionnels sont généralement peu marqués : « Par suite d'une diminution de réaction chez les déments, la toux fait souvent défaut et l'expectoration manque parce que les malades avalent leurs crachats, fait qui n'est pas étranger en pareils cas à l'apparition d'entérites bacillaires. Tantôt il s'agit de formes à début insidieux, à marche lente et rémittente, caractérisée par une série de périodes d'amélioration et d'aggravation. Il est ainsi fréquent de constater une certaine discordance entre l'état général des malades, apparemment floride et la présence de lésions pulmonaires. Ces dernières provoquent d'ailleurs rarement des Hémoptysies ».

Pour M^{lle} PASCAL et DOUSSINET « la palpation, la percussion et l'auscultation sont incapables de donner l'inventaire exact des lésions anatomiques. On se heurte au « *Négativisme Respiratoire* » : le malade refuse de respirer, de tousser, de parler à voix haute ou basse, de compter... Il est certain qu'il y a chez ces malades des lésions mal traitées ou inauscultables. Pour cette raison, nous n'avons pu noter que très peu de signes stéthacoustiques. Seuls de gros souffles cavitaires sont tardivement perçus. MIGNOT et LEGRAND ont déjà signalé l'importance de ces faits et ont particulièrement insisté sur l'absence de douleurs thoraciques ». •

« L'analyse des signes fonctionnels est également insuffisante pour déceler une toxémie bacillaire ou une lésion anatomique. La toux, l'expectoration, la dyspnée, la température manquent chez la plupart de ces malades ».

Pour la température, ils notent que l'hypothermie est habituelle, poussées thermiques le plus souvent à la fin de la phase hectique seulement. L'apyrexie ou l'état subfébrile (37°8-38°) est le caractère habituel de la tuberculose chronique chez les hétérophréniques.

L'hypotension est très fréquente.

En résumé, l'examen clinique fournit des données inégales et incomplètes aussi l'examen radiologique supplée dans une large mesure à l'insuffisance de l'examen clinique et le laboratoire de son côté a apporté des précisions précieuses.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

M^{lle} PASCAL, LAUZIER, BARUK, BIDERMAN, BLUMENFELD en particulier se sont intéressés à l'examen radiologique de leurs malades (déments précoces).

M^{lle} PASCAL pratiqua l'étude radiologique de 90 hébéphréniques. « Nous avons constaté, dit-elle, que la forme dominante est la tuberculose cicatricielle (52 cas sur 90), la forme abortive de BARD, tuberculose enkystée, foyers fibreux qui ont rarement tendance à la marche extensive et progressive. Néanmoins, on peut toujours voir survenir au cours d'une tuberculose torpide une pneumonie ou broncho-pneumonie caséeuse emportant le malade d'une façon foudroyante ».

LAUZIER, BARUK, BIDERMAN, BLUMENFELD examinèrent 204 déments précoces : ils découvrirent 90 cas de tuberculose dont 82 de tuberculose pulmonaire, soit une proportion de 24 % « la proportion de beaucoup la plus importante est fournie par les cas de tuberculose abortive, inactive ou cicatricielle, puisque nous avons trouvé 60 cas sur 82 appartenant à cette forme, soit une proportion de 73 %.

« Tuberculose fibreuse 17 cas sur 82 (20 %).

« Tuberculose fibro-caséeuse 5 cas (5 %).

Pas un seul cas de tuberculose caséeuse sur 82 malades. « Il s'agit donc presque toujours d'une tuberculose à lésions non évolutives, abortive ou fibreuse. C'est pourquoi de telles tuberculoses passeraient facilement inaperçues et demandent à être mises en évidence par des investigations sérieuses des antécédents et des examens radiologiques systématiques ».

EXAMENS DE LABORATOIRE

1^o *Tuberculino-réaction (Cuti, Intra-Dermo, Ophthalmo-réaction).*

RAVIART (1907) pratique l'ophtalmo réaction sur 30 malades : 18 s'avèrent positives.

A. MARIE se livre aux mêmes recherches sur 15 sujets : aliénés alcooliques, mélancoliques ou débiles divers ayant présenté ou présentant des signes d'affection apparemment tuberculeuse (ostéite, abcès froids, coxalgie, cavernes) : 13 donnent une réaction nette.

En 1910, SOUTZO et DMITRESKO de Bucarest publient une série de travaux sur les rapports de la démence précoce et de la tuberculose et ils concluent à la solidarité entre les deux affections. Ils utilisent l'ophtalmo réaction à la tuberculine et sont frappés du grand nombre de réactions positives : 42 cas sur 63.

MIRA, T. RODRIGUEZ ARIAS et T. SEIX de Barcelone portent à la connaissance des congressistes de Lausanne (1926) « qu'entre les différents groupes de malades mentaux, les « oligophréniques (88,3 %), les schizophréniques (74 %) et « les épileptiques (78 %) sont ceux qui ont donné un pourcentage le plus élevé de réactions positives à la tuberculine avec des doses de cette substance bien inférieures à celles qu'on utilise ordinairement. En aucun cas en effet, « nous n'avons dépassé la dose de 1/2 milligramme de T. A. ».

M^{lle} PASCAL et DOUSSINET (1932) obtiennent des résultats positifs dans tous les cas sauf quatre : il s'agissait de malades en cours de poussée évolutive. Ces faits sont conformes aux idées de SERGENT, L. BERNARD, BARON et PRUVOST. La tuberculino réaction n'a de valeur diagnostique que pour signaler la perte de l'état d'immunité.

BARUK observe chez ses malades des réactions très étendues et prolongées.

En 1934, BECK se livre à des recherches sur des aliénés, les uns déments précoces, les autres appartenant à diverses catégories. La réaction est positive chez 96 % des déments précoces, 91 % chez les autres.

MAILLEFER (1934) trouve un résultat positif chez 84 % des sujets examinés.

2° *Recherches des Anti-Corps dans le sérum : séro-réaction de Besredka.*

En 1926, AMEGHINO indique une proportion de 80 % de résultats positifs.

Deux ans plus tard, X. ABELY établit un pourcentage à peu près identique.

J. VIÉ dans une communication à la société de Psychiatrie (février 1930) met en valeur le parti qu'on peut tirer de la réaction de BESREDKA « nous insisterons plus longuement
« sur la réaction de BESREDKA qui nous a permis d'envisager
« la notion d'ANERGIE chez les déments précoces. On sait que
« la réaction de BESREDKA est l'indice d'un processus tuberculeux en activité qu'il soit décelable par la clinique
« ou qu'il demeure à l'état latent. La réaction est négative
« dans certains cas où l'organisme débilité incapable de produire des Anti-Corps spécifiques se trouve dans cet état
« que les sérologistes appellent l'ANERGIE.

La réaction a été pour la première série de 100 cas étudiés :

Positive 23 fois ;

Positive faible 3 fois, soit dans un peu plus du 1/4 des cas ;

Négative 74 fois.

Parmi les malades dont le BESREDKA était négatif, certaines présentaient des signes cliniques évidents ».

La même année, PRIVAT de FORTUNIÉ et GENEY signalent qu'ils ont trouvé une réaction positive dans 22,5 % des cas envisagés.

En 1931, HAMEL et COURTIER pratiquent la réaction de déviation du complément (procédé CALMETTE et MASSOL) par l'antigène méthylique et la trouvent positive, dans 27,3 % des cas dans le sérum sanguin ; 62,7 % négative.

Sur huit recherches effectuées avec du liquide céphalo rachidien six étaient positives.

BARUK et BIDERMAN (1932) trouvent 26 cas positifs sur 65.

En 1935, BECK, OGDEN et WHELEN constatent que l'examen de liquide céphalo rachidien a été négatif chez les schizophrènes examinés.

Le test de fixation du complément a été positif dans 8 % des cas alors qu'il atteint 12 % pour les autres psychoses.

Dans ces cas, l'hémoculture et l'inoculation ont été négatives.

3^o *Vernes Résorcine.*

C'est en 1932 que l'on voit paraître les premiers travaux importants sur la valeur de cette réaction chez les aliénés tuberculeux.

Pour CAPGRAS, elle n'a de valeur qu'à la condition d'être répétée plusieurs fois à un ou deux mois d'intervalle. Le chiffre de la floculation peut revenir spontanément à la normale.

Mlle PASCAL a l'occasion d'observer 12 cas dans lesquels l'indice monte au-dessus de 30.

19 sérums floclent dans la zone d'alarme entre 16 et 30. Les autres floclent au-dessous de 30, ce qui d'ailleurs ne permet pas d'éliminer la tuberculose ou indiquent que simplement elle n'est pas active au moment de l'examen.

BARUK relève 30 cas positifs sur 65 malades examinés.

Deux ans plus tard (1934) BECK effectue la réaction de Vernes dans le sérum de 65 sujets : elle s'avère positive dans 21,5 % des cas et dans le liquide céphalo rachidien de 42 tous les résultats s'avèrent négatifs.

4^o *Notions du virus filtrant. Hémoculture. Examen de liquide céphalo-rachidien sur milieu de Loëwenstein.*

La recherche du bacille de Koch dans le sang se pratique par Inocopie (méthode de Jousset) mais BERNARD et DEBRÉ ont attiré l'attention sur le fait qu'il faut se méfier depuis qu'est acquise la connaissance des B. K. « de sortie » non pathogènes parce que tués.

LOEWENSTEIN appliquant sa méthode d'hémoculture à 332 cas de formes diverses d'hébéphrénie aurait réussi à décler des cultures de B. K. virulentes dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien de 142 de ses malades.

Il affirme avoir trouvé quelquefois au simple examen direct du sédiment sanguin coloré par la méthode de ZIEHL-NEELSEN des bacilles acido-résistants en très grande abondance.

En 1932, d'HOLLANDER et ROUVROY envoient 30 liquides céphalo-rachidiens à examiner à LOEWENSTEIN : la recherche du bacille de Koch s'avère positive dix fois sur trente.

LOEWENSTEIN lui-même ensemence le sang de 9 malades : la réaction est positive dans trois cas, mais TROISIER et DE SANCTIS MONALDI attirent l'attention sur le fait que « le « B. K. virus de sortie » est un fait banal. La sortie du bacille « saprophyte accompagne le processus aigu en évolution « sans prendre part à son action nosogène ». Il faut faire des recherches dans un milieu non contaminé en dehors des laboratoires de tuberculose : VALTIS et VAN DEINSE opérant à Pasteur obtiennent des résultats différents de Claude et COSTE à Sainte-Anne (1934). Les résultats obtenus par ces deux derniers expérimentateurs sont tels qu'ils ne se croient plus actuellement autorisés à admettre la démonstration expérimentale de la présence d'un virus tuberculeux chez certains déments précoces. La même année SAENZ et COSTIL invoquent comme cause d'erreur les micro-cultures non repiquables.

SAENZ et M^{lle} PASCAL n'obtiennent aucune hémoculture positive sur 41 sérums.

RODIET et MAILLEFER ne sont pas plus heureux : 0 sur 18.

GIUFFRÉ a utilisé les milieux de LOEWENSTEIN et PETRAGNANI pour effectuer des hémocultures à partir du sang de 50 déments précoces : 25 présentaient des lésions bacillaires certaines et 25 étaient exempts d'atteinte tuberculeuse. Dans la première série 3 cas sur 25 étaient positifs.

5° *Inoculation de liquide céphalo-rachidien.*

Le virus tuberculeux est décelé dans le liquide céphalo-rachidien qui baigne l'axe encéphalo-médullaire.

TOULOUSE, VALTIS, SCHIFF, VAN DEINSE (1931) provoquent une tuberculose chez le cobaye auquel ils injectent 5 centimètres cubes de liquide céphalo rachidien d'un dément précoce n'ayant par ailleurs aucun signe clinique radiologique ou humoral de tuberculose.

Un an plus tard, D'HOLLANDER et ROUVROY se livrent à des recherches sur le L. C. R. de déments précoces ; le liquide étant inoculé selon la méthode de NINNI dans les ganglions

lymphatiques et ensuite dans le péritoine des cobayes : B. K. + après quatre, six ou huit jours.

La même année, PUCA trouve une réaction positive 10 fois sur 47 (GRAM acido-résistant ou B. K.).

En 1933, COSTE, VALTIS, VAN DEINSE découvrent 9 fois sur 15 des bacilles acido-résistants à virus filtrant.

6° Réactions leucocytaires. Formule d'ARNETH.

Les Hémogrammes de M^{lle} PASCAL (1933) donnent les résultats suivants :

Taux de Globules Rouges : normal dans 14 cas.

Subnormal 4.000.000 à 4.400.000 dans 20 ;

Entre 3 et 4 millions dans 7.

Dans trois cas on note une diminution très marquée du nombre de ces éléments allant chez un malade jusqu'à 2.300.000 par mm³.

Globules Blancs : polynucléaires à lymphocytes : taux normal dans 37 cas, hyper leucocytose dans 7.

La formule d'ARNETH (ARNETH a attiré l'attention sur l'intérêt pronostic de l'étude des noyaux des polynucléaires dans le sang de sujets atteints de tuberculose) cette recherche fut pratiquée chez 64 malades : chez 11 la figure était normale ; 11 fois légèrement déviée ; la figure nettement déviée à gauche chez 42 d'entre eux.

7° A côté de ces réactions de pratique courante, citons encore :

La réaction de MORIZ WEISZ (réaction à l'urochromogène ou épreuve du permanganate) utilisée par TIRETTA entre autres (1927) : sa valeur est relative à côté des autres réactions humorales pratiques. Au point de vue pronostic la valeur est d'autant plus grande que l'état général est plus mauvais, presque complètement négative dans les maladies mentales, elle n'aurait donc d'importance en neuro-psychiatrie que lorsqu'on soupçonne une tuberculose latente concomitante.

Le procédé de MARMOREK qui pour A. MARIE et P. BEAUSART (1910) leur a fourni seul avec le sérum des malades des résultats positifs dans quelques cas.

La méthode de HARTUNG dont une des applications les

plus récentes a été faite par ANSONI (1935) : elle permet la recherche des bacilles de Koch dans l'eau de lavage de l'estomac et de faire d'utiles recherches chez les malades mentaux dont on ne peut obtenir l'expectoration.

Les méthodes employées chez nos malades ont visé outre les recherches habituelles (urines, B. W.) la tuberculose (Intra-Dermo-Réaction, inoculation de l. c. r. au cobaye, recherche de B. K. sur milieu de Loëwenstein) et en raison de la teinte confusionnelle des troubles mentaux le fonctionnement du Foie (bilirubine, cholestérol) et des Reins (bloc xantho-urique et urée urinaire).

Intérêt de la collaboration du phthisiologue et du psychiatre

Nous allons maintenant tenter de montrer l'intérêt des milieux où existe la collaboration des phthisiologues et des psychiatres. Quelques auteurs l'ont fait particulièrement ressortir : citons les Anglais MORLAND, MEACHEN et le Français GILLES.

POUR A. MORLAND, la présence d'un psychiatre dans un sanatorium n'est pas un luxe coûteux mais une nécessité et son action peut être aussi utile pour les malades que celle de l'insufflateur de pneumothorax.

MEACHEN insiste sur la nécessité de guérir non seulement l'état tuberculeux mais aussi le malade lui-même « blessé ou « troublé psychologiquement : « s'il est impossible d'avoir un « psychologue dans le personnel de chaque sanatorium, du « moins serait-il possible de s'efforcer que chaque médecin « ait un entraînement psychologique suffisant pour être capable d'appliquer les principes de la science à diminuer « la crainte et à diriger les forces des malades dans “ des « directions droites ” ».

Dans une publication intitulée « Syndrome Apathétique » GILLES affirme que l'état nerveux du malade « peut créer des « ennuis au phthisiologue : l'instabilité, l'irritabilité, l'agitation « anxieuse viennent affaiblir la résistance générale du tuberculeux et contrarier la cure, parfois empêcher certaines « interventions nécessaires : pneumothorax ou phrénicectomie ».

« Parfois, les troubles psychonévropathiques acquièrent suffisamment d'intensité pour qu'appel soit fait à l'intervention du psychiatre ».

« Le problème qui est alors posé au psychiatre se résume ainsi : « Améliorez l'état nerveux, sinon je ne peux assurer de guérir les poumons » alors que de son côté le psychiatre est bien tenté de penser : « Annoncez au malade que ses poumons sont guéris sinon il m'est très difficile de supprimer l'état nerveux ».

« En effet, le phthisiologue qui constate qu'à côté de ces excités « nombre de ses malades sont calmes et dociles est moins enclin que le psychiatre à accepter cette interdépendance de l'état tuberculeux alors que, pour le psychiatre, rien ne le satisferait tant que la possibilité d'une explication organique des réactions psychiques ».

L'auteur s'intéresse également aux névrosés. A leur sujet, il s'exprime ainsi : « la souffrance commande au psychiatre de leur apporter tout le soulagement possible. D'un autre côté, le phthisiologue débordé par l'excitation et la révolte de ses malades et qui les voit compromettre leur cure pulmonaire, lui demande d'user de toutes ses ressources pour les calmer. Et, de fait, l'apaisement et le réconfort que le psychiatre, spécialiste de la patience, peut donner dans ces cas, se mesure au sentiment d'attachement qu'il provoque chez les Aparnétiques. Ceux-ci réclament constamment ses soins et oublient à son endroit leur attitude de refus, leur irritabilité et lui vouent une affection dont il peut user pour le redressement psychologique ».

*
* *

Le Pavillon Sanatorial de l'Hôpital Psychiatrique de Maison Blanche réalise un point de contact particulièrement intéressant entre la Phthisiologie et la Psychiatrie : ouvert le 1^{er} avril 1935 et destiné à recevoir les aliénées tuberculeuses des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine, il compte 67 lits et se trouve muni d'un équipement sanatorial des plus modernes. Vaste, bien aéré, distribué en petites salles de 6 à 8 malades et en chambres séparées, il est pourvu d'une excel-

lente installation radiologique dirigée par M. le Dr MISSET, radiologue de l'hôpital Henri ROUSSELLE et d'une salle de Pneumothorax artificiel.

Notre Maître, M. le Dr J. VIÉ, Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine, qui assume la direction médicale et psychiatrique de ce pavillon a su faire valoir tout l'intérêt de la collaboration du phtisiologue et du psychiatre : aussi, à son instigation, depuis novembre 1938 le traitement phtisiologique se fait sous la direction du Dr P. BOURGEOIS, médecin des Hôpitaux de Paris et du Sanatorium de Brévannes. Il en résulte une collaboration suivie qui permet une étude beaucoup plus précise des inter-réactions si importantes entre l'état pulmonaire et l'état mental, entre les facteurs physiologiques et les facteurs psychologiques qu'offrent des psychopathes tuberculeux.

Nous nous sommes attachés par ailleurs à entrer en relations avec des médecins de sanatorium qui ont bien voulu nous faire part de leur expérience. D'une façon générale, s'ils ont observé de nombreux malades de caractère difficile, ils n'ont eu sous leurs yeux qu'un très petit nombre de sujets atteints de psychose vraie. La proportion des méningites tuberculeuses apparaissant au cours de la tuberculose pulmonaire et même osseuse dans les établissements spécialisés n'est d'ailleurs sensiblement pas plus élevée. De plus, dans les sanatoria, on laisse le plus souvent retourner dans leurs familles les malades qui présentent des troubles mentaux et ainsi l'évolution en échappe au phtisiologue. Ces malades tôt ou tard arrivent dans les Maisons de Santé ou les Hôpitaux Psychiatriques, mais ils y sont très dispersés, et le travail que nous entreprenons ne peut présenter d'intérêt que grâce à la réunion de ces malades dans un organisme spécial : le Pavillon de Maison Blanche est à cet égard, croyons-nous, unique en France.

Avant d'aborder notre exposé, nous avons un agréable devoir à remplir : c'est d'exprimer notre respectueuse gratitude à notre Maître, M. le Dr J. VIÉ, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine qui nous a prêté le concours si autorisé et si bienveillant de son expérience pour la

direction de nos recherches après nous en avoir fourni le thème.

Nous tenons à témoigner notre respectueuse reconnaissance à M. le Dr R. DUPOUX, médecin de l'Hôpital Henri ROUSSELLE, pour le bienveillant accueil qu'il nous a réservé et dont les conseils nous furent si utiles dans l'accomplissement de notre tâche.

Nous sommes très heureux de pouvoir remercier M. le Dr P. BOURGEOIS médecin des Hôpitaux de Paris et du Sanatorium de Brévannes qui nous a fait profiter de sa grande expérience et M^{me} le Dr M. BOQUET-JESENSKY, médecin-assistant du Sanatorium de Brévannes pour l'aide précieuse qu'elle nous a apportée dans les recherches de laboratoire.

Nous ne saurions oublier les avis éclairés de MM. les Drs COURCOUX et RIST médecins des Hôpitaux de Paris et les renseignements des phthisiologues et Médecins Directeurs de Sanatorium que nous avons touchés au cours de notre enquête : M. le Dr F. CARDIS, de Leysin : MM. les Drs J. ARNAUD, DOUADY, F. COULAUD, A. FERET, A. GILLES, W. JULIEN, P. LUCIEN, J. Ch. MARIE, MOULIS, A. PIOT, H. THIBAUT et F. TOBE en France. Qu'ils trouvent ici un faible hommage de notre gratitude.

Pour exprimer à tous notre reconnaissance nous aurions désiré pourvoir faire une œuvre plus digne d'eux.

CHAPITRE PREMIER

TUBERCULOSE ET TROUBLES MENTAUX : CONCEPTION D'ENSEMBLE ET RAPPEL HISTORIQUE

« Il est certain que la phthisie cause ou du moins précède l'aliénation mentale et alterne avec elle. »
(ESQUIROL.)

Un grand nombre de tuberculeux, pulmonaires principalement, présentent des troubles mentaux, des modifications du caractère et la fréquence de ces troubles entraîne logiquement cette hypothèse : La tuberculose est-elle la cause de certaines psychopathies ?

Nous devons cependant éliminer tout d'abord les coïncidences que rapportent les auteurs et qu'il nous a été donné d'observer : (états) maniaques ou mélancoliques liés à une psychose périodique évoluant sur un terrain tuberculeux sans rapport de causalité avec celui-ci.

Accidents alcooliques surajoutés à une tuberculose, épilepsies chez les tuberculeux à la condition qu'elles ne soient pas la traduction d'un tuberculome cérébral ou d'une méningite en plaques.

— Paralyse générale bien qu'on ait décrit autrefois pour ces cas « mixtes » une paralyse générale tuberculeuse ; la paralyse générale, méningo-encéphalite-syphilitique peut s'accompagner rarement d'ailleurs de lésions tuberculeuses pulmonaires et même se compliquer exceptionnellement d'une atteinte méningée bacillaire terminale.

— Psychoses systématisées ou non au cours desquelles se sont fortuitement développées des accidents tuberculeux.

Nous délaisserons dans ce travail tous les cas de tuberculose associés à la psychopathie bien que la question de la

tuberculose survenant chez les aliénés soit rendue plus intéressante à l'heure actuelle du fait de l'amélioration apportée dans l'hygiène de la vie des aliénés : si, au temps de GEORGET plus de la moitié des aliénés de la Salpêtrière mourait de tuberculose, il n'en est plus de même aujourd'hui.

Les statistiques de BROUARDEL pour les années 1895-1899 montraient que les aliénés payaient encore à la tuberculose un tribut trois fois plus élevé que la population des villes (117 contre 43,8 pour 10.000).

De gros progrès ont été accomplis dans l'aménagement des asiles et l'alimentation des malades. L'encombrement est tout de même plus réduit qu'autrefois, les locaux sont mieux aérés et plus vastes, les aliments frais salades, fruits sont plus fréquemment distribués. Les avitaminoses ont pour ainsi dire disparus, de même, le dépistage et l'isolement des tuberculeux sont plus activement poursuivis.

Il en résulte que l'étude des aliénés tuberculeux permet aujourd'hui de serrer de plus près le lien pathogénique, de rechercher avec plus de chances de certitude la fréquence relative de la tuberculose dans les diverses maladies mentales, enfin de préciser — et c'est ce que nous nous bornons à faire ici — dans quelle mesure la tuberculose exerce un rôle actif dans la genèse de certains troubles mentaux.

*
* *

Aussi, dans notre historique, allons-nous insister surtout sur les auteurs qui ont envisagé le rôle étiologique de la tuberculose dans les maladies mentales.

A toutes les époques, dans tous les pays non seulement les médecins aliénistes ou non mais encore les littérateurs et les philosophes ont été frappés par les rapports fréquents de l'aliénation mentale et de la diathèse tuberculeuse.

Il semble que dès l'antiquité on ait établi ce rapport : HIPPOCRATE signale que « la suppression des crachats des phtisiques jette dans l'égarement de la raison ». Voici donc posé d'emblée le problème de l'alternance du balancement de la tuberculose et de la psychopathie.

MEAD en 1767 rapporte l'observation d'une jeune fille qui

fut atteinte d'une toux violente avec hémoptysie. Saignée abondamment, elle vit disparaître la violence des symptômes qui cependant ne disparurent pas entièrement. Deux mois plus tard survint une fièvre hectique accompagnée de soif, de chaleur, de transpirations nocturnes, d'un amaigrissement extrême et d'une expectoration muco purulente. La malade se voyant aux portes de la mort commença à s'inquiéter du salut de son âme. Elle reçut la visite de ses directeurs spirituels... Accablée de terreurs mystiques, elle fut bientôt atteinte de folie religieuse. Jour et nuit, elle voyait des démons, des flammes sulfureuses et d'autres images des tourments de l'enfer. Mais, à partir de ce moment les symptômes de la maladie de poitrine commencèrent à s'amender, l'expectoration cessa, les transpirations diminuèrent et l'état général fut tellement amélioré que ses forces semblèrent s'accroître à mesure que la raison s'affaiblissait... On traita cette maladie par les évacuants administrés selon ce que la malade pouvait supporter, et par d'autres médicaments appropriés et le résultat de ce traitement parut d'abord assez favorable pour laisser espérer une guérison. Malheureusement, vers le troisième mois, les accidents fébriles et les symptômes pulmonaires reparurent à nouveau et la jeune fille mourut en état de consommation.

En 1818, HILLARAN note la corrélation existant entre la scrofule et l'aliénation mentale, mais ce n'est qu'au début du siècle dernier avec la thèse de SCIPION PINEL (1819) et surtout avec le traité d'ESQUIROL sur la folie en 1838 que l'on commença à avoir des précisions sur les psychopathies : « la phtisie cause ou du moins précède l'aliénation mentale et alterne avec elle ». ESQUIROL par cette seule phrase énonce donc tous les termes de la question : causalité, succession, alternance.

MOREL fait paraître en 1860 son « Traité des Maladies Mentales » on y relève que les différentes périodes d'évolution de la phtisie pulmonaire peuvent amener certaines perturbations intellectuelles dont le caractère est ordinairement en rapport avec le caractère plus ou moins avancé de la maladie.

En 1864, CLOUSTON étudiant les rapports de la tubercu-

lisation et de l'aliénation mentale établit que sur 282 cas de tuberculose « la moitié des tuberculeux étaient déments, « tandis qu'il ne s'en trouvait qu'un sur quatre parmi ceux « qui n'étaient pas atteints de tuberculose : un dixième de « ceux-là moururent dans la manie, et un cinquième de ceux- « ci ; un dixième des premiers étaient mélancoliques, et un « douzième seulement des derniers ; un septième des premiers « étaient monomaniaques et un neuvième des derniers ; enfin « un huitième des premiers étaient des paralysés généraux et « un tiers parmi les derniers présentaient cette affection ».

La tendance prédominante des aliénés tuberculeux est l'état de suspicion. CLOUSTON qualifie de « manie phtisique » la monomanie avec suspicion : il en découvrit 65 chez lesquels avaient apparu des symptômes de phtisie moins de cinq ans après le commencement de la folie et même moins de deux ans pour le plus grand nombre. « Dans ces cas (vingt-six pour cent des tuberculeux et seize pour cent de « la totalité) je regarde la folie comme ayant été le résultat « direct d'une forte diathèse ou tendance tuberculeuse qui « était alors développée ou sur le point de l'être en dépôt « pathologique direct, et cela pour les raisons suivantes :
« 1^o Les symptômes de la tuberculisation, lorsqu'ils ne « précèdent pas l'aliénation, ainsi que cela a eu lieu quelque- « fois, apparaissaient si promptement après elle que, eu « égard à leur marche latente accoutumée dans la folie et à « la moyenne bien connue de leur durée chez les personnes « saines d'esprit, les deux affections ont dû se déclarer à peu « près en même temps.

« 2^o L'aliénation revêtait un type si uniforme, si rarement « noté dans les cas qui ne succombaient pas à la tuberculi- « sation, tous se ressemblaient tellement, soit qu'il y eût « dépression, soit qu'il y eût excitation, ils étaient en si grand « nombre pour admettre une simple coïncidence, que la tu- « berculisation doit être la raison du problème.

3^o « L'âge où l'aliénation s'est montrée dans ces observa- « tions était généralement inférieur à celui où se développe « ordinairement la folie et se rapprochait par conséquent « beaucoup plus de celui des phtisiques que de celui des in- « sensés ».

Dans son traité des Maladies Mentales (1865), GRIESINGER dans un chapitre consacré aux causes physiques écrit que « la cachexie tuberculeuse paraît être également quelquefois cause du développement de l'aliénation mentale. Il arrive quelquefois encore que l'on considère comme aliénés et que l'on envoie comme tels dans les Asiles des individus chez qui une maladie tuberculeuse développée dans l'intérieur du crâne détermine quelques troubles intellectuels : méningite, encéphalite tuberculeuse ou bien encore des cas légers de méningite de la base à marche un peu lente ».

L'auteur insiste sur l'intérêt qu'il y a dans les cas où l'on voit avec les symptômes d'une congestion de la tête éclater un accès de mélancolie ou de manie chez des individus qui n'auraient pas jusque-là « présenté de signes tout à fait certains de la phtisie pulmonaire mais chez qui peu de temps après l'invasion de la folie la phtisie se développe d'une manière évidente et chez qui alors, l'intelligence devient plus nette et plus vive et quelquefois même la maladie mentale diminue ou disparaît complètement à mesure que l'affection pulmonaire marche. Le plus souvent chez ces individus dont la folie sort ainsi guérie, la phtisie se termine rapidement par la mort, cependant on la voit quelquefois s'arrêter complètement dans ses progrès ».

Par quel mécanisme la maladie mentale se produit-elle dans ces cas ? C'est difficile à expliquer, « mais il est d'autres cas où la folie n'apparaît qu'à une période plus avancée de la phtisie confirmée sous forme de mélancolie ou plus souvent sous forme d'accès maniaque ; quelquefois ces accès de manie ne se montrent que peu de temps avant la mort. Dans les cas de folie à marche plutôt chronique, il arrive parfois que, avec l'explosion de la folie, les principaux symptômes de la phtisie, les crachats, la toux diminuent et même la nutrition se relève un peu. »

SCHRÖDER VAN DER KOLK attire l'attention sur la substitution qui permet à l'une de ces deux maladies de remplacer l'autre. Il a vu guérir un cas de démonomanie chronique à la suite d'une phtisie laryngée dont les progrès finirent par emporter le malade.

En 1875, LE MAT étudie dans sa thèse les troubles psychi-

ques qui peuvent se présenter au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. Il cite les observations de SIMON (phtisie et délire de persécution), de BURKART (pneumonie casécuse et mélancolie profonde suivie d'exaltation), de WALLACH (phtisie pulmonaire et manie avec alternance des deux affections) celle de MOREL (phtisie et manie furieuse).

L'année suivante VOISIN consacre une de ses leçons à la « Folie tuberculeuse ».

« Il m'est arrivé de pouvoir observer des cas qui tiennent
« d'une part de la P. G. par quelques symptômes et quelques
« lésions, d'autre part de la folie simple monomaniaque par
« quelques signes et qui cependant diffèrent de ces deux
« classes principales par leur nature, leur marche et leurs
« lésions anatomiques. Ces cas doivent être rattachés à la
« tuberculisation et pourraient être désignés du nom de folie
« tuberculeuse, je ne prétends pas vous parler de faits qui
« n'ont jamais été entrevus, je sais que la tristesse, une sorte
« de mélancolie, accompagnent ordinairement la tuberculi-
« sation commençante, je sais que le délire est observé dans
« la méningite, je sais aussi que le délire a été décrit chez les
« tuberculeux dont l'affection est arrivée à un degré avancé
« mais je n'ai en vue qu'une variété de folie que j'appelle
« tuberculeuse ».

POUR MOREAU, de TOURS, (1877) « Aliénés, Idiots, Scrofuleux, Rachitiques, en vertu de leur commune origine, de
« certains caractères physiques et moraux doivent être considérés comme des enfants d'une même famille, les rameaux
« divers d'un même tronc ».

En 1879, BLAUTE s'étant livré à des recherches personnelles à l'asile de Charenton, conclut que la plupart des aliénés morts phtisiques avaient été atteints de lypémanie, et que, d'autre part la lypémanie est la forme la plus fréquente de la folie consécutive à la tuberculose.

En 1880, B. BALL dans sa leçon « de la Folie chez les Phtisiques » écrit qu'il n'est pas rare de voir un aliéné après la guérison de sa maladie mentale « offrir tout à coup des
« symptômes de tuberculose qui s'arrêtent si la folie reparaît
« et qui suivent leurs cours si la raison maintient son empire ».

« Il existe dans certains cas déterminés, une corrélation

« de cause à effet entre la phtisie et la folie ; trois ordres de
« faits viennent à l'appui de cette conception : 1^o les deux
« affections suivent une marche parallèle ; 2^o la phtisie et la
« folie peuvent obéir à la loi de l'alternance et se remplacer
« mutuellement ; 3^o l'hérédité morbide, envisagée non seule-
« ment chez l'individu, mais dans sa famille, vient nous prê-
« ter un nouvel appui ».

Pour M^{lle} BRA (1883), « la folie tuberculeuse se fait remar-
« quer par des alternatives de dépression et d'excitation, de
« manie et de mélancolie, une irritabilité extrême, un carac-
« tère ombrageux, irascible, des idées vagues de persécution
« et par un engourdissement des facultés intellectuelles qui
« rend tout travail impossible, pour aller jusqu'à la démence,
« et, chose étrange, disparaît souvent quelques instants
« avant la mort ».

GRASSET (1884) dans son étude sur « l'hystérie et la dia-
thèse scrofuleuse et tuberculeuse » fait observer que : « la
« tuberculose comme toutes les diathèses est une maladie
« générale et constitutionnelle, la phtisie pulmonaire est une
« des manifestations de cette maladie, et elle n'en est pas
« la seule. Les névroses en général, l'hystérie en particulier,
« peuvent aussi être la manifestation de l'affection diathé-
« sique ».

La même année LEROUX présente une observation de tu-
berculose pulmonaire compliquée pendant les neuf derniers
jours de la vie d'un accès de manie aiguë avec délire incohé-
rent et agitation très vive.

BENNER (1886) en Amérique traite des rapports de la phti-
sie et de la folie. Il estime que la phtisie peut au même titre
que la syphilis, l'alcoolisme, la diathèse cancéreuse, causer
la folie ou en modifier les accès.

Les phtisiques aliénés dont il a analysé les observations
présentaient surtout des idées délirantes de suspicion, de
persécution, ils avaient des hallucinations et leur intelligence
semblait notablement affaiblie.

L'action pathogénique de la phtisie peut d'après cet au-
teur, s'exercer de deux manières, soit qu'elle amène directe-
ment la folie chez les individus qu'elle atteint, soit qu'il y ait
transformation de l'hérédité morbide.

DAGONET se demande si « le développement de la phtisie pulmonaire exerce quelque influence sur l'état mental des malades. « Nous avons vu mourir un assez grand nombre « d'aliénés à la suite de phtisie, nous ne nous rappelons pas « avoir vu l'intelligence reprendre sa lucidité à mesure que « la tuberculisation faisait des progrès. Tout au contraire, « les maniaques deviennent souvent plus agités les mélancoliques sont en proie à de nouvelles terreurs, à d'incessantes anxiétés, l'hébétude et la prostration deviennent de « plus en plus profondes chez le dément ».

MARFAN s'exprime ainsi à propos des troubles psychiques dans la tuberculose pulmonaire : « Au début, on note parfois « chez les phtisiques névropathes de l'hyper-excitabilité et « chez les femmes, on peut voir se rallumer une hystérie « éteinte mais les phénomènes de dépression mentale sont « beaucoup plus fréquents : MARIE a noté de l'hypocondrie, « de la mélancolie. DAREMBERG avance qu'en présence de « certaines modifications du caractère (apathie sans cause « connue) survenant chez des sujets prédisposés à l'hérédité « par la tuberculose il faut craindre le développement de la « phtisie et redouter les complications méningo-encéphaliques ».

CROCQ, de Bruxelles, publie trois observations personnelles dont deux cas de folie hystérique et une de mélancolie alliées à la tuberculose. Dans six autres observations, il met en relief l'importance de l'hérédité tuberculeuse dans l'origine de ces affections.

En 1895, TOMLISON étudie la pathogénie des troubles nerveux et leurs rapports avec la tuberculose.

1896 voit paraître le traité de TOULOUSE sur « les Causes de la Folie ». « Au cours de la tuberculose, toutes sortes de « psychoses peuvent apparaître mais il est toujours difficile « de les rattacher par l'évolution à la lésion bacillaire qui est « d'ordinaire de longue durée alors que les désordres cérébraux sont moins tenaces. Le fait d'alternance entre les « symptômes physiques et les troubles mentaux qui a été « remarqué dans la tuberculose s'observe dans d'autres circonstances ».

Citons à la fin du XIX^e siècle les thèses de LA BONNAR-

DIÈRE (1898) sur les « Rapports de l'Aliénation et de la Tuberculose », de CHARTIER (1899) « de la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les Psychoses », celle de KARA-ENEFF (1899) « de l'influence de la Tuberculose sur l'aliénation mentale ».

A partir du début du xx^e siècle, en même temps que l'on voit se multiplier les travaux, on assiste à un changement dans leur orientation. Dans sa thèse (1934) P. MAS en fait un résumé clair et précis, sur lequel il nous semble inutile de revenir ; nous aurons en vue les travaux de quelques chefs d'école qui tant en France qu'à l'étranger se sont attachés à bien faire ressortir l'étiologie de la tuberculose dans les troubles mentaux, la notion d'antériorité de la tuberculose étant évidente. Citons :

Pour la France : LAIGNEL-LAVASTINE.

Pour l'Italie : MORSELLI.

Pour la Russie : CHOROSCHKO.

Pour la Suisse : VON MURALT.

Pour la Belgique : de CRAENE.

et l'école allemande : ZIEHEN.

VON KRAFFT-EBING.

KRAEPELIN.

EWALD.

LAIGNEL-LAVASTINE (1907) étudiant les accidents mentaux susceptibles de survenir chez les tuberculeux affirme « qu'on voit toutes les formes de folie et toutes les transitions « de l'état aigu à l'état chronique.

« Quant aux rapports anatomo-cliniques qui lient ces états « à la tuberculose, je pense qu'ils sont de deux ordres. Les « syndromes mentaux sont tantôt fonction de tuberculose « cérébro-méningée et tantôt de toxémie ».

La même année, en Russie, au congrès des médecins russes, à Moscou, CHOROSCHKO étudie les rapports entre la tuberculose, les Psychoses et Névroses.

A ce sujet, il distingue deux groupes de névroses en rapport étiologique avec la tuberculose :

1^o les névroses tuberculeuses ;

2^o les névroses para-tuberculeuses se développant chez des sujets non tuberculeux issus d'une famille tuberculeuse. L'au-

teur montre l'influence de la tuberculose sur les maladies psychiques : elle occupe la troisième place parmi les facteurs de dégénérescence.

La tuberculose peut se rencontrer de pair avec les psychoses dans trois cas :

1^o Psychose et tuberculose chez un seul et même sujet comme simple association.

2^o Psychose chez un malade avec hérédité tuberculeuse.

3^o Psychoses tuberculeuses.

Celles-ci comprennent les groupes suivants :

1^o La psychopathologie de la diathèse tuberculeuse.

2^o Différents états psychopathiques.

3^o L'état d'épuisement tuberculeux.

4^o Les psychoses dans la tuberculose cérébrale.

5^o Les troubles psychiques de la méningite tuberculeuse.

6^o Les psychoses polynévritiques tuberculeuses.

L'Italien MORSELLI (1903) dans sa thèse sur la Tuberculose dans l'étiologie et la pathogénie des Maladies Nerveuses et Mentales considère trois points principaux :

Les névroses et les psychoses par hérédité tuberculeuse.

Les névroses et les psychoses par infection tuberculeuse.

Les altérations du Système Nerveux produites par la tuberculose.

La tuberculose des ascendants est la cause d'une sorte de diathèse qui, chez les descendants, favorise le développement des névroses (plutôt chez l'enfant) et des psychoses (plutôt chez l'adulte).

La tuberculose acquise est l'origine de nombreuses affections du Système Nerveux tant central que périphérique. L'état mental seul peut être atteint de troubles qui peuvent aller du simple changement de caractère jusqu'au délire et aux psychoses. Les troubles mentaux peuvent également prendre la forme et la tendance au suicide ou des divers genres de criminalité, mais la toxine tuberculeuse n'est pas seule à agir. La prédisposition individuelle joue aussi son rôle dans le développement de ces troubles mentaux. Le Bacille de Koch ne cause pas une forme déterminée de psychose, dépression mélancolique, mais peut produire tous les désordres psychiques.

L. VON MÜRALT, de Davos, dans une communication faite à la Société Suisse de Neurologie (mai 1913) précise que les psychoses dont la pathogénie relève directement de la tuberculose sont très rares. La combinaison des psychoses ordinaires avec la tuberculose est elle-même peu fréquente. Parmi les formes les mieux connues, on peut citer des psychoses aiguës ayant le caractère de délires post-infectieux, d'inanition ou d'épuisement dans la dernière période de la maladie. Ils se terminent généralement par la mort. Il s'agit de formes cliniques avec délire, hallucinations, ou confusion mentale. A toutes ces formes est commune une certaine euphorie, produite par la narcose, par l'acide carbonique. Les psychoses polynévritiques ne se rencontrent guère que dans les cas où il y a phtisie pulmonaire chez les alcooliques.

De l'École Allemande, nous retiendrons plus particulièrement les noms de ZIEHEN, VON KRAFFT-EBING, KRAEPELIN, EWALD.

Pour ZIEHEN, on observe des hallucinations chez des malades cachectiques ayant une température à type hectique comme on peut voir chez des tuberculeux ou des sujets atteints de suppuration.

Pour VON KRAFFT-EBING, l'importance étiologique de la phtisie pulmonaire dans l'origine des maladies mentales est ainsi qu'il ressort des recherches statistiques de HAGEN moins grande qu'on ne le supposait autrefois.

« On connaît l'insouciance d'esprit et la tranquillité de ces
« malades, leurs illusions optimistes sur la nature de leurs
« souffrances. Chez certains d'entre-eux, il se produit cepen-
« dant une mélancolie qu'on doit vraisemblablement mettre
« sur le compte de la maladie pulmonaire consomptive, ané-
« miant. Cette mélancolie, quand la vie se prolonge assez
« longtemps, mène à la débilité psychique par suite de l'atro-
« phie cérébrale qui se développe et du ramollissement oédé-
« mateux du cerveau qui coexiste souvent. »

« SKAE et CLOUSTON trouvent à cette mélancolie des carac-
« tères particuliers et ils signalent spécialement les suivants :
« instabilité d'esprit, méfiance, apathie, suspicion non moti-
« vées avec accès périodiques de colères violentes. Dans les
« stades finaux de la phtisie pulmonaire un délire d'inani-

« tion peut se produire comme chez les autres épuisés, les
« agonisants, les individus qui meurent de faim. Ici le délire
« consiste surtout en conceptions et illusions du sens d'une
« nature gaie, cependant les illusions terrifiantes et amenant
« une réaction défensive peuvent aussi exister ».

D'après KRAEPELIN (1909), on peut observer des états émotifs et délirants avec confusion, des erreurs d'interprétation, des idées de grandeur et de persécution qui peuvent être interprétées comme délires infectieux. Il a vu une fois lors d'une tuberculose appendiculaire, guérie plus tard par l'intervention, un état de faiblesse mentale qui dura de nombreux mois mais qui se termina par la guérison. Dans plusieurs cas, la confusion mentale des phthisiques porte l'empreinte profonde des maladies alcooliques : en particulier l'apparition de formes polynévritiques semble être favorisée par l'union de la tuberculose et de l'alcoolisme. Pour l'auteur, la tuberculose influencerait de façon fâcheuse sur l'hérédité des descendants tant au point de vue physique qu'au point de vue mental.

Dans le récent traité des maladies mentales de BUMKE, EWALD dit que « les troubles mentaux symptomatiques manifes-
« tes sont rares dans la tuberculose, ils ne surviennent en
« général que dans les derniers stades de la Tuberculose Pul-
« monaire, ce sont en particulier, des Pneumonies Tubercu-
« leuses conduisant rapidement à la caséification qui sont
« accompagnées assez fréquemment de complexes sympto-
« matiques délirants ou « Amentiaux ». On voit survenir
« aussi des tableaux de KORSAKOFF et des états pseudo-
« paralytiques, les alcooliques surtout paraissent lourdement
« atteints ; inversement, BONHOEFFER a attiré l'attention de
« la fréquence de la tuberculose dans le Korsakoff alcoolique.
« Plus fréquents sont certes les troubles mentaux dans la
« tuberculose miliaire. Naturellement la complication mé-
« ningée formé ici le gros contingent : tandis que la forme
« méningée de la tuberculose miliaire intéresse surtout l'en-
« fance, la forme évolutive, dite typhoïde devient plus fré-
« quente avec l'âge, elle s'accompagne d'une obnubilation
« marquée avec signes délirants et amentiaux. Très rares
« sont les troubles mentaux dans la forme évolutive pulmo-

« naire de la tuberculose miliaire dans laquelle les manifes-
« tations pulmonaires occupent le premier plan, le « senso-
« rium » se trouble à peine en dépit de la dyspnée accentuée.
« A un âge avancé, des affections à début apoplectiforme
« peuvent survenir avec hémiplegie et troubles de la parole ».

En résumé, pour EWALD, il n'existe que « de très rares
« psychoses symptomatiques graves de l'infection tubercu-
« leuse qui n'offrent rien de spécifique ».

Nous terminerons cet historique sans doute bien incom-
plet en rappelant l'intéressant travail du Belge E. de CRAENE
dont les constatations sont si voisines de celles que nous avons
faites nous-même : pour lui, les Psychoses Tuberculeuses se
présentent généralement sous la forme de confusion mentale
ou de délire polymorphe.

« Quand il s'agit de délire polymorphe ces psychoses pré-
« sentent souvent des caractères un peu particuliers. Le ma-
« lade a une tendance à interpréter les symptômes de sa
« bacillose.

Souvent aussi ce sont des érotomanes : ajoutons que les
tendances persécutrices sont fréquentes chez eux.

« Si la tuberculose intervient d'une manière certaine comme
« facteur causal de troubles mentaux, le diagnostic étiolo-
« gique dans les cas d'espèce n'est pas toujours facile à éta-
« blir, ces troubles n'ayant pas dans la majorité des cas une
« symptomatologie très particulière. ».

« Pour être affirmés il est nécessaire qu'il existe une corré-
« lation nette entre les troubles nerveux et l'infection bacil-
« laire. Il faut qu'ils apparaissent au cours d'une tuberculose
« avérée, un plus grand élément de certitude est acquis lors-
« qu'il se produit une exagération ou une réapparition des
« symptômes à l'occasion des poussées évolutives de la ma-
« ladie ».

« Là ne s'arrêtent pas encore les difficultés : en effet la
« tuberculose ne met pas celui qui en est atteint à l'abri du
« développement d'une psychose. D'autre part la tubercu-
« lose peut être latente et cependant agir efficacement comme
« facteur causal. »

« La tuberculose peut intervenir comme facteur étiolo-
« gique unique et suffisant ou n'agir qu'à la faveur d'une

« prédisposition, parfois enfin préparer le terrain à d'autres « influences nocives ».

Dans les dix dernières années, les auteurs se sont attachés par des examens (cliniques, radiologiques, de laboratoire) à préciser les rapports entre la Tuberculose et la Démence précoce. En France citons les travaux les plus marquants à ce sujet : d'une part C. PASCAL et J. VIE (1930-1933), d'autre part CLAUDE, BARUK et leurs collaborateurs BIDERMAN, ALBANE, BLUMENFELD (1930-1934 et plus près de nous encore CHRISTY (1937).

A l'étranger notons entre autres depuis 1934, K. WESTPHAL, M. H. L. BALLIF, I. ORNSTEIN, I. LUNEVSKY, G. FATTOVITCH, E. FENGA, C. FERRARI, L. M. MARTINEZ, D. CASAVOLA, C. MARTINEZ ALMOYNA, G. E. REED, L. TAUSSIG, A. GUTWIRT, V. HASKOVEC, J. PROKUPEK, KRAUS, PANNEKOEK, POSTHUMUS, MEYJE, DALKE),

La psychologie des Tuberculeux a été également l'objet de nombreux travaux. LAIGNEL-LAVASTINE ne manque jamais de souligner dans ses leçons les phénomènes psychologiques réactionnels en rapport avec la Tuberculose. RONCE en 1932 s'est livré à « un Essai sur la Psychologie des Tuberculeux pulmonaires », il a montré avec bonheur que leur mentalité était différente suivant la phase de la maladie. LAMBEA (1935) s'est livré à des considérations sur les réactions psychopathiques des tuberculeux, les névroses sanatoriales. P. MAS de Montpellier (1935) a étudié les rapports de la tuberculose et des psychasténies. Au Pavillon Sanatorial de Maison Blanche. J. ARCHAIMBAULT (1937) a envisagé les troubles mentaux présentés par l'ensemble des malades hospitalisées dans ce service.

Ici, nous reprenons la question d'un point de vue différent en nous efforçant de préciser dans la mesure du possible, dans des cas suivis de près le lien étiologique entre la tuberculose et les diverses formes de Psychopathies.

*
* * *

En résumé, les auteurs dans leur ensemble, ont envisagé les troubles mentaux liés à la tuberculose, de points de vue légè-

rement différents. Ils ont considéré surtout de façon très diverse l'étroitesse du lien étiologique suivant les cas étudiés. Il est évident que plus la prédisposition névropathique est forte, Plus la part de la tuberculose devient minime en tant que facteur toxi-infectieux. Les troubles du caractère reflètent surtout le déséquilibre foncier, le manque d'adaptation à la situation nouvelle, physique, morale et sociale qui est faite au malade du fait de sa maladie.

Pour les phénomènes proprement cérébraux, on peut distinguer, comme l'a fait LAIGNEL-LAVASTINE, ceux qui sont fonction de lésions cérébro-méningées, ceux qui sont fonction de toxémie.

Parmi ces derniers se classent les véritables *Psychoses tuberculeuses*. Elles ne comportent pas de l'avis de tous les auteurs de symptomatologie spécifique. Mais nous pensons, avec DE CRAENE que certains traits leur sont assez propres pour permettre une description d'ensemble que nous tenterons plus loin.

Pour apprécier les observations, nous nous placerons à un triple point de vue :

— Celui du terrain psychologique, du caractère originel du malade.

— Celui de la modification que la maladie a apportée à la situation sociale du sujet.

— Enfin, nous nous attacherons à situer les phénomènes psychopathiques par rapport aux stades évolutifs de la tuberculose, et particulièrement à la *profondeur de l'imprégnation tuberculeuse*. Elle nous paraît le lien qui rattache à la personnalité du malade le tableau psychopathique.

1^o IMPORTANCE DU TERRAIN PSYCHOLOGIQUE

Il faut en premier lieu tenir compte de l'importance du terrain psychologique. Depuis longtemps, de nombreux auteurs ont essayé de décrire la constitution psychique des tuberculeux. RÉGIS et LALLIER entre autres ont établi que les prédispositions héréditaires ou acquises rendent les sujets plus facilement vulnérables et les accidents qui, chez un individu sain n'auraient pu déterminer des désordres psychiques

produisent chez eux l'explosion de folies de gravité variable. Beaucoup sont émotifs, font preuve d'une sensibilité exagérée : à la moindre émotion ils rougissent facilement, ressentent des palpitations. Ce sont souvent des anxieux, des névropathes, des sympathicotoniques, des hyperthyroïdiens (thyro-tuberculeux). Peu important d'ailleurs ces distinctions : cet excès de sensibilité, d'émotivité et aussi souvent d'intellectualité et de sensualité, constitue un facteur d'hyper-activité, donc de surmenage, lorsqu'il n'y a pas de repos compensateur.

Les états dépressifs, les hypocondriaques, les psychasthéniques paient aussi leur tribut à la tuberculose. Les manifestations tuberculeuses peuvent précéder la psycho-neurasthénie, coexister avec elle ou apparaître après elle. Dans sa thèse MAS signale que « lorsqu'on interroge les psycho-neurasthéniques sur leur passé pathologique, on est frappé par la fréquence des antécédents bacillaires. Leur proportion paraît beaucoup plus élevée qu'elle ne l'est habituellement. Ces antécédents tuberculeux se présentent avec une grande variété du point de vue de la localisation lésionnelle ».

Parmi ceux relevés le plus souvent, l'auteur cite :

Les atteintes pulmonaires : plus fréquemment, on note de petits épisodes bacillaires dans les antécédents qu'une imprégnation tuberculeuse profonde. VINCHON avait déjà attiré l'attention sur le fait que dans l'étiologie des états psycho-neurasthéniques figure surtout la tuberculose guérie ou celle qui évolue vers la guérison.

La tuberculose des séreuses : localisation pleurale, péritonéale.

Les tuberculoses osseuse, ganglionnaire, cutanée.

L'état favorable à l'éclosion de la tuberculose est celui des petits inquiets, des petits anxieux, des petits déprimés.

Si l'on étudie attentivement le psychisme non seulement du tuberculeux lui-même mais aussi de sa famille, on est surpris de constater que ce dernier présente habituellement les mêmes caractères d'hyper-émotivité, d'hyper-sensibilité qu'un certain nombre de ses proches qui sont des névropathes, des sympathicotoniques, des hyperthyroïdiens.

Le sujet trouve donc dans sa famille non seulement le

germe qui pourra le rendre tuberculeux plus tard, mais encore en dehors des autres conditions favorables secondaires, il y trouve l'atmosphère psychique constitutionnelle et souvent aussi accidentelle qui en favorisera le développement et en déterminera en partie l'évolution, les arrêts et les reprises. C'est un fait bien établi « qu'on a pu observer des familles dont les membres pendant des générations successives se « divisaient en deux catégories : les uns, présentaient des « psychoses graves, les autres de la tuberculose ».

2^o RAPPORTS AVEC LA MODIFICATION APPORTÉE PAR LA MALADIE DANS L'EXISTENCE DU SUJET.

Si nous devons mettre en relief la question de l'importance du terrain psychologique, nous aurions garde de ne pas faire ressortir l'intérêt que peuvent présenter les perturbations apportées par la maladie dans l'existence du sujet.

Il est évident qu'un être habitué à se dépenser dans n'importe quelle sphère que ce soit physique, intellectuelle se voyant condamné du jour au lendemain à l'inaction forcée en concevra à tout le moins une certaine amertume en établissant le contraste entre sa vie passée et son existence actuelle. Comment ne pas concevoir la tristesse d'un athlète en évoquant sur sa chaise-longue dans un sanatorium ou une maison de repos, ses exploits passés. Dans un autre domaine un médecin, un banquier par exemple même s'ils ont un caractère bien trempé risquent de se laisser gagner par le découragement en comparant l'intérêt social de leur situation ancienne et leur état de déchéance physique actuelle qui leur interdit formellement toute activité, toute spéculation.

A plus forte raison, si la tuberculose frappe des sujets, dont le psychisme est déficient, pourrions-nous assister à l'éclosion éventuelle de troubles mentaux.

3^o RAPPORTS AVEC LE STADE ÉVOLUTIF DE LA MALADIE ET L'INTENSITÉ DE L'IMPRÉGNATION.

Au début, nous notons plus souvent de l'irritabilité, de

la mauvaise humeur, un excès de sensibilité, une tendance à l'hypocondrie « ce sont, dit EWALD, des réactions psychologiques compréhensibles d'individus qui n'ont pas été modifiés symptomatiquement mais ces trêves même peuvent être très bien conditionnées au moins en partie par l'intoxication. On entend toujours dire que ces symptômes de la phtisie ne se développent dans une mesure appréciable qu'avec l'aggravation de l'affection et non pas comme réaction psychique immédiate à la révélation de la tuberculose. Les troubles vraiment particuliers du caractère ne se révèlent que lorsque la maladie se développe. »

« Pour moi il n'est pas douteux que l'euphorie généralement admise et reconnue des phtisiques graves qui naturellement, ne doit pas être confondue avec la légèreté puérile des malades inintelligents, de malades incompréhensifs vis-à-vis de douleurs peu perceptibles à une base toxique ».

Il apparaît donc que c'est l'augmentation de l'irritabilité affective qui sert de base aux élaborations psychiques ultérieures, cet accroissement de l'irritabilité étant conditionné par l'intoxication.

Pour LETULLE, au début, les aptitudes intellectuelles sont « d'ordinaire conservées ; souvent même les facultés s'aiguisent d'une manière singulière en même temps que se manifestent les premiers symptômes de l'infection générale. Parallèlement à la floraison psychique du début, on a pu remarquer une véritable dynamique fonctionnelle : projets nombreux, entreprises, combinaisons, voyages, vie mondaine. Le malade en a parfois seulement conscience. Puis tout s'écroule, la paresse cérébrale devient la compagne d'abord passagère puis continue de l'épuisement des forces matérielles de l'organisme. Cet épuisement cérébral ne va pas jusqu'à supprimer cette faculté : l'étude du moi pathologique. Le tuberculeux entre dans une sorte d'état auto-suggestif au cours duquel tout ce qui lui reste de forces intellectuelles se concentre sur l'observation de lui-même et de son mal dont le plus souvent il suit en pleine connaissance de cause les progrès.

« Rarement chez le phtisique on note cette illusion déli-

« rante chronique qui lui fait considérer sa santé déclinante
« comme de jour en jour meilleure. Quand l'euphorie se pro-
« duit c'est en général très près de l'issue fatale ».

Il y aurait intérêt à définir de plus près la notion d'*imprégnation tuberculeuse*. L'atteinte générale de l'organisme par les toxines bactériennes, notamment par les exo-toxines, a été démontrée expérimentalement, la tuberculine préparée en concentrant les cultures ou en triturant les bacilles ne renferme pas les véritables produits solubles, les substances primaires (H. ROGER). En distillant les cultures, AUCLAIR avait obtenu une substance volatile, dont l'injection chez les cobayes détermine de la fièvre, de l'amaigrissement et entraîne lentement la mort. En épuisant les bacilles desséchés par l'éther, la benzine, le chloroforme, il avait isolé des lipoides actifs dont l'injection, outre la caséification locale provoque une cachexie progressive à laquelle l'animal succombe. De nombreux essais pratiqués par divers auteurs mettent tous en lumière cette action générale des toxines tuberculeuses qui diffusent à travers l'organisme tout entier.

Chez le malade, ces phénomènes se traduisent par des troubles généraux très précoces : amaigrissement, fièvre vespérale, sueurs, hypotension artérielle, anémie légère, troubles de l'appétit et des règles... Souvent il précède la reconnaissance clinique de la localisation.

Cette *imprégnation clinique* a ses degrés et tandis que BURNAND par exemple a étudié surtout chez ses « patraques bacillaires » les imprégnations légères et moyennes, nous verrons éclore nos psychoses sur un fond d'imprégnation profonde, parfois extrême.

La mise en parallèle de cette imprégnation avec les phénomènes psychopathiques est dans bien des cas particulièrement suggestive.

CHAPITRE II

TUBERCULOSE ET DÉSÉQUILIBRE MENTAL

Nous allons étudier dans ce chapitre les phénomènes psychologiques morbides chez les tuberculeux. Nous verrons que les états morbides chroniques s'accompagnent d'une mentalité particulière due tant à la débilité qui en est la conséquence qu'à l'action des toxines elles-mêmes et aux préoccupations morales du malade. Si nous en croyons J. PEON DEL VALLE rarement la tuberculose amène l'aliénation mentale confirmée ; plus souvent le sujet est « confiné sur les frontières de la folie » (au début existe une hyperexcitation psychique avec un certain degré d'anesthésie morale et d'excitation génésique. Souvent, à un stade plus avancé, on rencontre de la dépression, de la neurasthénie, de l'hypocondrie, ou des formes d'hystérie hypocondriaque. Voyons tout d'abord ce qu'en pensent certains auteurs dont l'autorité ne saurait être mise en doute : depuis LAIGNEL-LAVASTINE, il est particulièrement intéressant de rapprocher à cet égard les constatations de psychiatres tel que X. ABÉLY et de phtisiologues tels que RIST, CARDIS, J. CH. MARIE.

En 1907, LAIGNEL-LAVASTINE consacre une étude à la psychologie des tuberculeux « pour bien soigner les tuberculeux et les phtisiques, il ne suffit pas d'étudier dans ses multiples manifestations organiques la tuberculose, il faut encore pénétrer l'âme des malades car dans les affections chroniques la thérapeutique morale doit accompagner et souvent même primer les autres médications.

« J'aurai surtout en vue l'état d'âme des phtisiques. La psychologie des tuberculeux déborde de beaucoup l'état

« d'âme des phtisiques. Parmi les modalités variables de
« l'âme des tuberculeux, l'exagération de l'affectivité à ten-
« dance dépressive prédomine chez le phtisique hypotendu ;
« l'euphorie délirante, signe d'intoxication, coïncide géné-
« ralement avec la vaso-dilatation périphérique. »

Pour lui, les modifications « du moral » sont inséparables des perturbations fonctionnelles dues à la maladie, elles influencent à leur tour les réactions de tout l'individu.

N. ABÉLY (1925), s'étend sur l'intérêt présenté par plusieurs cas de « psychologie tuberculeuse » que l'on ne peut apparenter qu'aux états schizophréniques atténués.

« Ce qui frappe chez ces malades, c'est l'amour de la rê-
« verie, la prédominance de la vie intérieure, associés au
« dédain ou à l'indifférence de la vie pratique ; c'est en
« somme l'autisme. Ils abandonnent ou négligent leurs oc-
« cupations même lorsqu'elles sont compatibles avec leur
« état de santé. Ils perdent toute ambition professionnelle,
« ils ne songent plus aux nécessités pécuniaires. Ils se com-
« plaisent dans le vagabondage de l'imagination, mais sou-
« vent leur rêverie se réduit à une stagnation monoïédique
« de la pensée, à une sorte de stéréotypie mentale. Ces sté-
« réotypies que l'on peut rapprocher des obsessions n'en-
« traînent aucune anxiété, aucune lutte mais sont au con-
« traire agréables au malade. On constate bien chez ces su-
« jets quelques idées hypochondriaques, elles seraient légi-
« times si elles portaient sur la gravité trop réelle de leur
« maladie mais le plus souvent, ils se plaignent de malaises
« secondaires, insignifiants ou imaginaires alors même qu'ils
« se savent tuberculeux. Beaucoup semblent indifférents à
« leur mal. L'euphorie si souvent décrite des tuberculeux
« n'est-elle pas parfois une forme de discordance ? DUPRÉ
« qui a bien étudié ce symptôme pense qu'il « a un caractère
« démentiel » qui indique un profond désordre psychopa-
« tique. Ajoutez à ces signes l'égoïsme profond de ces ma-
« lades, leur indifférence à l'égard de l'entourage, leur irri-
« tabilité, leurs réactions illogiques, contradictoires ou bi-
« zarres et vous aurez un tableau clinique présentant tous
« les éléments des états schizophréniques légers ».

Dans sa thèse (1932) faite au sanatorium d'Angicourt,

RONCE conclut par cette assertion : « il est difficile d'affirmer
« l'existence d'une psychologie du tuberculeux pulmonaire.
« Chaque malade arrive à la tuberculose avec ses tendances
« propres et les modifications de son moi ne peuvent dépasser
« le cadre de ses possibilités ».

RIST partage entièrement cette façon de voir : au cours
de la 24^e Conférence Annuelle de l'Association Nationale
pour la Prévention de la Tuberculose (Londres 1938) invité
par le Président de l'assemblée à prendre la parole il affirme
que « le comportement mental et psychique d'un phti-
« sique n'est pas spécifique, elle est l'attitude d'un être hu-
« main qui a devant lui une longue épreuve, il sait que pen-
« dant des années il sera pratiquement exclu de la vie nor-
« male et il a la réaction que tout être humain a devant une
« telle épreuve. S'il est « de caractère fort » il se conduira
« d'une façon que nous admirerons, s'il est de « caractère
faible » ses réactions seront tout à fait différentes. »

RIST est fermement d'avis qu'il faut révéler aux malades
la vérité contrairement à la demande des parents qui redou-
tent d'être présents à une scène qu'ils s'attendent à être très
désagréable et comme un fait exprès, le malade supporte la
révélation très courageusement. C'était lui qui réconfortait
sa famille anxieuse.»

Le phtisiologue Suisse F. CARDIS, de Leysin, a bien voulu
nous confier que pour lui il ne semble pas qu'« il y ait une
mentalité particulière aux tuberculeux, mentalité qui serait
« en quelque sorte dûe à l'influence spécifique de la tuber-
« culose. Je crois au contraire que les tuberculeux se recru-
« tent dans tous les milieux de la société, représentent de ce
« fait toutes les constitutions psychologiques et toutes les
« mentalités de la société. Cependant si la tuberculose en
« elle-même paraît incapable de développer un certain
« psychisme, il n'en est pas de même des conditions de vie
« nouvelles créées par le traitement de la tuberculose et les
« éléments les plus importants à ce point de vue sont la lon-
« gueur de la cure, la longueur de la séparation de son mi-
« lieu et la formation de certains esprits dans le nouveau
« milieu sanatorial. Cet esprit est indiscutable et assez va-
« riable d'ailleurs d'une maison à l'autre. D'un côté, l'on

« peut voir très souvent un affinement extraordinaire de
« l'esprit avec tendance à la réflexion plus profonde et la
« religiosité. D'un autre côté, il est hélas incontestable que
« de mauvais esprits libertins trouvent dans le sanatorium
« un milieu dans lequel ils peuvent développer leur influence »
« de mauvais esprits libertins trouvent dans le sanatorium
« un milieu dans lequel ils peuvent développer leur influence ».

Un des médecins que nous avons consulté au cours de
notre enquête le Dr J. Ch. MARIE considère que « les carac-
« téristiques du psychisme des tuberculeux sont dûes moins
« à la maladie elle-même qu'au mode de vie imposé (isole-
« ment du milieu familial, inaction forcée) et à l'âge (géné-
« ralement adolescence) : les mêmes conditions se retrouvent
« chez les habitués des cures thermales ou chez les passagers
« de voyages transatlantiques et déterminent les mêmes
« effets (diminution du sens moral, hypertrophie relative,
« du reste, des tendances génitales) ».

Des paroles de F. CARDIS, il ressort que la vie de sanato-
rium influe sur le psychisme des malades : tous ne se com-
portent malheureusement pas comme RONCE l'énonce dans
cette phrase « un des avantages sensibles de la vie en sana-
« torium réside dans l'élaboration de l'accoutumance à la
« maladie. L'habitude permet d'accepter sans trop de
« peine la monotonie des précautions et assez vite le malade
« se soigne avec générosité et intérêt. Les événements du
« traitement, les jours d'insufflation, par exemple, aident à
« passer le temps et même servent d'étalon pour mesurer
« son écoulement tant il est vrai qu'on s'habitue à tout et
« que toute situation comporte un intérêt. »

L'Anglais A. MORLAND est d'avis que la vie de sanatorium
n'est pas facile à supporter aussi la docilité du malade est-
elle capitale « ainsi qu'une coopération raisonnée de celui-ci
avec son médecin ». Malheureusement cette mentalité est
rarement observée chez le tuberculeux et le plus souvent le
médecin de sanatorium doit lutter contre des malades soit
indociles, soit écrasés par la peur de la mort, chacune de ces
réactions psychiques étant néfaste pour l'évolution de la
maladie.

« Outre l'anxiété et l'indocilité, il n'est pas rare d'ob-

server ce qu'on appelle l'*hypercompensation* : l'idée d'une maladie grave étant insupportable à l'esprit du malade, il la nie en appuyant sa négation d'actes de bravade, tels que les abus de boissons alcooliques, le refus de prendre sa température, le mépris pour son médecin. Entre toutes les névroses tuberculeuses cette hypercompensation est sans doute la plus dangereuse. »

« Selon sa prédominance psychique, dit JACQUELIN, le « tuberculeux exagère tantôt la dépression et tantôt l'insouciance. Ce dernier type est fréquent et complique gravement l'œuvre du médecin on ne peut savoir combien il est dangereux dans une maladie exigeant une longue patience et combien souvent une cure collapsothérapique qui s'annonçait favorable a été irrémédiablement compromise par un malade indiscipliné. »

Chez des malades prédisposés, la vie de sanatorium pourra favoriser le déclenchement d'*épisodes psychopathiques* ainsi que va l'illustrer, l'exposé des quelques observations suivantes, dont deux ont été recueillies au Pavillon Sanatorial de Maison-Blanche.

OBSERVATION N° 1 (personnelle)

Mlle H... Marie, née en 1883, domestique, célibataire, entrée le 14 septembre 1938, sortie le 4 décembre 1938.

Déséquilibre mental de forme émotive. Chétivisme physique. Tuberculose scléreuse ancienne. Ménopause. Bouffée délirante interprétative à l'occasion d'un incident de Sanatorium. Guérison.

Antécédents héréditaires : aucun renseignement.

Antécédents collatéraux : 0.

Antécédents personnels : célibataire ; réglée régulièrement à 14 ans ; ni enfants, ni fausses couches ; ménopause en cours ; appendicectomie en 1934 ; tempérament névropathique : elle aurait présenté autrefois « des crises nerveuses ».

Début de la tuberculose. Mlle Hi... dit être « malade des poumons » depuis fort longtemps. En mai 1937, elle aurait été hospitalisée à

l'Hôpital Cochin, puis au Vésinet, à l'Hôpital Laënnec, au sanatorium de Chaumont en Vexin, au sanatorium de Sainte-Colombe.

Le début des troubles mentaux se place au début de septembre 1938 au cours de son séjour au sanatorium ainsi que l'apprend le certificat d'internement : 10 septembre 1938, Dr GÉNIL-PERRIN.

« Est atteinte d'un délire interprétatif. Idées de persécution à l'égard de la directrice du sanatorium où elle était placée. On ouvre son sac, on fouille dans ses affaires qui sont déplacées malgré toutes les précautions prises. La clef de la serrure a été faussée. Les autres malades font sur elle des réflexions désagréables. Tuberculose pulmonaire bi-latérale à prédominance droite. L'état mental de cette malade nécessite son placement dans un asile d'aliénés ».

Mlle H... arrive à Maison-Blanche, le 14 septembre 1938 : c'est une petite femme chétive de 1 m. 44, pesant 39 kilos, nerveuse et inquiète.

« J'ai, avoue-t-elle, un caractère un peu emporté mais cela ne dure pas ».

Elle se montre bien orientée dans le temps.

Questionnée sur l'histoire de sa tuberculose pulmonaire, elle répond : « J'ai eu beaucoup de misères, allez ! Il y a très longtemps que je suis malade des poumons mais je ne voulais pas qu'on me parle de ma maladie : c'est le 15 mai dernier que je suis allée à l'Hôpital Cochin à la suite d'un gros rhume qui ne guérissait pas. J'ai passé une radio et j'ai su que j'avais de grosses marbrures aux poumons ».

Nous n'avons pu retrouver trace de son prétendu passage à Cochin.

La tension artérielle est à 14/8, l'urée sanguine de 0,25. Le B. W. dans le sang est négatif.

Elle n'a pas de fièvre, ne tousse guère, ne crache pas.

Elle se montre calme en dehors de quelques crises de larmes et de quelques courts moments d'anxiété.

Évolution.

Le 17 septembre, au médecin qui l'interroge, elle dit brusquement avec un accent de terreur : « Vous n'allez pas me tuer docteur ? On m'a dit qu'on avait tué quelqu'un dans le pavillon d'à côté... ».

Le comportement s'améliore : moins inquiète, elle cherche à s'occuper mais les convictions relatives à son histoire de sanatorium

persistent encore dans son esprit. « Ici au moins, reconnaît-elle, on me laisse tranquille. »

Elle révèle un jour qu' « elle a toujours été peureuse, timide », élevée comme des petits moutons « sans voir personne » et émet encore le 30 septembre la crainte d'aller en prison.

L'amélioration se poursuivant, le 18 novembre un certificat de situation aux fins de sortie est établi par le Dr Vié « atteinte de « déséquilibre mental, est guérie de l'accès d'excitation à base émotionnelle qui avait motivé son internement, elle peut-être mise « en liberté. »

Elle part le 4 décembre 1938, chez un parent à la campagne.

La tuberculose, dans le cas de M^{lle} Hi... n'a joué qu'un rôle accessoire. Il s'agit d'une forme fibreuse, à évolution discrète, ayant présenté un petit réveil sans lendemain, mais elle a conduit au sanatorium et même dans une suite d'établissements de cure et de convalescence cette petite femme chétive au physique comme au moral, nerveuse depuis l'enfance et qui, au moment de la ménopause, souffre doublement de l'isolement complet dans lequel elle a toujours vécu.

Craintive et timide, elle a passé de nombreuses années dans une situation subalterne. Sans famille, sans domicile. « J'ai toujours été chez les autres » nous dit-elle ; sans attaches sentimentales, elle s'est abandonnée à la vie sanatoriale, elle a eu, dit-elle, confiance en son médecin auquel elle reproche d'avoir donné suite à un incident de petite importance. Pourtant on avait ouvert son sac à main dans sa chambre et cet attentat à ce qui restait son seul bien personnel l'avait révoltée. Les échos lointains à plusieurs semaines de distance, s'en faisaient ressentir lorsqu'elle eut encore une crise d'anxiété à l'occasion d'un renseignement demandé par l'Administration sur son livret de Caisse-d'Épargne. Et la susceptibilité vivement mise en éveil de cette hyper-émotive, si refoulée, a pu la faire prendre pour une paranoïaque.

OBSERVATION N° 2. (personnelle)

M^{me} G... Yvonne, 37 ans, femme de chambre, célibataire, entrée le 1^{er} septembre 1938.

Déséquilibre mental de forme paranoïaque. Tuberculose familiale. Tuberculose fibreuse peu active. Accès délirant interpréparatif à l'occasion d'un incident de sanatorium. Guérison.

Antécédents Héritaires : mère vivante, mauvaise santé ; père décédé d'une affection cardiaque indéterminée.

Antécédents Collatéraux : un frère mort tuberculeux ; un autre frère atteint de surdité ; un troisième aurait « des humeurs froides » ; deux sœurs « plâtrées » ; une « nerveuse ».

Antécédents Personnels : femme de chambre, elle ne reste pas en place, étant souvent malade : pharyngites, otites à diverses reprises.

Elle se fait traiter dans divers hôpitaux. « Les médecins, dit-elle, ne voyaient pas ce que j'avais ».

Début de mal de Pott en 1919 pour lequel la malade va à Berck, où elle reste travailler.

Début de la tuberculose.

Le 2 février 1938, elle est hospitalisée à l'hôpital Cochin à la suite d'une hémoptysie assez abondante. A ce moment, elle est fiévreuse, amaigrie, la bacilloscopie est positive (prétend avoir été traitée dans plusieurs hôpitaux) », on ne voyait pas ce que j'avais ».

Le 20 mai, elle entre au sanatorium de Bellegarde près de Limoges. Elle en sort le 20 août et revient à Paris sur sa demande. « Ayant eu une histoire, » dit-elle.

Le début des troubles mentaux se place donc au cours de son séjour en Sanatorium. Le certificat d'internement du 20 août 1938 (D^r DUPOUY) signale qu'elle « présente un délire interprétatif de persécution. Hospitalisée au sanatorium, elle a été victime de brimades qui nuisent à sa santé, on la traite de moucharde, on veut la faire passer pour folle, toutes ses compagnes et même les employés de la maison se sont ligués contre elle, elles lui reprochent de se désolidariser d'elles, dans leurs réclamations et elles ont mis des saletés, des petits grains blancs, de la poussière et des cristaux de soude dans sa boisson. A écrit une lettre au commissariat de police, mais les médecins l'ont interceptée... Délire paraissant actuellement très localisé et sans tendance à l'extension, mais exaltation, véhémence du discours, méfiance et inquiétude dans le service qui rendent une surveillance nécessaire, de plus absence de famille proche qui puisse s'occuper de la malade ; dans ces conditions j'estime que l'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés. Au point de

« vue pulmonaire, il s'agit d'une tuberculose fibreuse non évolutive, « localisée au sommet gauche. Bacilloscopie négative. Réactions « négatives dans le sang ».

A son entrée, le 1/9/38 au pavillon, elle raconte assez posément son « histoire », elle reconnaît, « être un peu nerveuse » elle aurait été consulter à l'Hôpital Henri-Rousselle en 1930 pour « ses nerfs ».

Elle est bien orientée, calme, propre, mais très méfiante et inquiète.

Son état physique est bon : petite 1 m. 45, elle pèse 45 kilogs. Les signes cliniques sont discrets.

La colonne vertébrale est parfaitement souple.

La vésicule biliaire est sensible.

Les règles sont normales.

La radiographie décèle une surcharge hilaire à droite. Image dense en pinceau très localisée partant du hile vers la partie moyenne de la clavicule.

Examens de Laboratoire : 15/9/38 : quelques B. K. après homogénéisation.

Évolution : L'état mental et pulmonaire de la malade s'améliorent parallèlement. Cependant, la température continue à osciller entre 37° et 37°6, parfois 38°. Bacilloscopie négative après homogénéisation le 15/11/38.

La malade reste méfiante, parfois mécontente des soins qu'elle reçoit, mais ne présente plus aucune idée, aucune interprétation délirante. Elle est calme et lucide.

Le 15/12/38, le Dr Vré demande sa sortie par le certificat suivant :

« Est guérie de l'accès interprétatif qui avait motivé son internement. Très calme depuis l'entrée, peut être remise en liberté. »

Chez cette malade aussi, le séjour en sanatorium n'a été que le révélateur d'un caractère pré-existant mais tout différent de l'hyperémotivité souffreteuse de M^{lle} H... Yvonne Ga... n'est pas une débile intellectuelle, elle s'exprime très correctement et écrit de façon courante. Mais, elle présente une instabilité liée à des tendances paranoïaques. Femme de chambre, elle n'a pu conserver de place fixe et en a été réduite à faire des « extras ». Malade elle ne trouve pas de médecin, ni d'hôpital susceptibles de guérir ses maux. Au sanatorium, elle se montre protestataire, et le sens de ses protestations

n'est compris ni de ses camarades dont elle ne reste pas solidaire, ni du médecin qui lui refuse le retour gratuit à Paris. A Maison-Blanche, elle est polie mais distante, elle critique les soins qui lui sont donnés et ceux qui sont donnés à ses compagnes. Elle est isolée de sa famille mais nous apprenons que ses frères et sœurs encore valides ne la visitent pas parce qu'elle eut avec eux des discussions antérieures.

L'isolement dans son cas est donc dû à l'anomalie de son caractère, à son orgueil qui l'empêche de reconnaître ses erreurs, à sa méfiance toujours en éveil, à la fausseté de son jugement. Elle ne parvient à bien s'intégrer dans aucune ambiance, — comme le lui reprochaient ses compagnes elle se « désolidarise » du milieu ce qui, dans la promiscuité de la vie sanatoriale, amène des réactions fâcheuses.

OBSERVATION N° 3

(Observation due à l'obligeance de MM. les D^{rs} LUCIEN et MOULIS).

M. L..., 35 ans.

Caractère paranoïaque. Tendance revendicatrice à l'occasion du traitement sanatorial.

M. L..., âgé de 35 ans, est entré au Sanatorium du Bois de l'Ours, le 13 mai 1938, atteint de quelques condensations paraissant homogènes du côté gauche et à droite d'une lobite supérieure pluri-excavée.

Le 2 juin 1938, création d'un pneumothorax droit, efficace au bout de trois mois et entretenu sans incidents.

En septembre 1938 se déclare une pleurésie gauche qui a motivé la création d'une pneumoséreuse.

Les deux collapsus sont entretenus sans incidents et à partir du mois d'octobre, l'expectoration n'est plus bacillifère. En même temps amélioration de l'état général.

Ce qui caractérise les troubles mentaux de ce malade, c'est surtout une susceptibilité malade. Alors que l'un des médecins du Sanatorium a toujours été très aimable avec lui et lui a même rendu plusieurs fois service, ce malade a déclaré que ce médecin lui en voulait, ceci à la suite d'une petite

observation sans importance et absolument justifiée. Ce malade est même allé jusqu'à écrire à la Direction du Sanatorium pour se plaindre de ce médecin, alors qu'il savait parfaitement que cela pouvait être nuisible et motiver son renvoi.

A ce sujet, RONCE souligne la fréquence dans un sanatorium populaire « du mécontentement des malades qui sont « rarement satisfaits de ce qu'on leur offre. Il y a rarement « de fumée sans feu, dirait-on volontiers mais quelquefois « on peut constater de l'aignissement chez les tuberculeux « qui se trouvent mal soignés, mal nourris et mal installés « et qui mettent dans leurs réclamations une exagération « dont la parfaite bonne foi ne peut toujours être reconnue. »

« Enfin est-il besoin de noter en terminant, la tendance « de plus en plus marquée à juger les médecins à propos de « leurs actes médicaux et à leur imputer trop facilement la « responsabilité de certains échecs de thérapeutique ».

OBSERVATION N° 4

(Observation due à l'obligeance de M. le D^r DUPOUY)

M. M... Roger, 31 ans, mécanicien.

Tuberculose pulmonaire bilatérale : Début en 1933. Apparition des troubles mentaux en sanatorium. Délire interprétatif à thème érotomaniac. Evolution schizophrénique possible.

M. M... Roger, entre à l'hôpital Henri Rousselle, le 22 avril 1937. Il est traité en sana depuis 4 ans pour des cavernes des deux sommets. Il est resté 3 ans à Ch... ; il a dû en partir à la suite de discussions et de batailles avec les autres malades au sujet d'une jeune fille, infirmière soignante, dont il était épris et dont il se croyait pareillement aimé. Il va alors au Sana de B... où il demeure un an, mais il n'y peut être conservé en raison de son état mental. Il a de fausses reconnaissances et des idées de persécution ; il interprète de façon délirante tout ce qu'il voit et entend. Il croit constamment voir des gens qu'il a connus ailleurs, principalement à son premier sana de Ch... tout le monde lui veut du mal, on cherche à l'enfoncer, on lui fait un traitement qu'il ne comprend pas, on dispose devant lui un journal d'une certaine manière, on prononce intentionnellement certains mots qui ont une signification cachée.

Du dispensaire LÉON BOURGEOIS il nous est adressé, son état délirant ne se dissipant aucunement. Dans le service, il paraît obnubilé, il ne parle pas aux autres malades ni aux infirmiers, il ne s'intéresse à rien, se montre indifférent, prostré, inerte, vaguement souriant, observant cependant ce qui se passe autour de lui ; il continue ses interprétations et a vraiment des illusions de reconnaissance. Il n'a pas de température ; les réactions humérales du sang sont négatives.

Nous l'internons dans ces conditions à l'Asile Clinique avec le certificat suivant :

« Obnubilation intellectuelle avec délire interprétatif mal systé-
« matisé à thème érotomaniac paraissant initial. A connu en sana
« une infirmière, a éprouvé un sentiment pour elle et pensé qu'elle
« en ressentait un semblable pour lui (gestes, attitudes, allusions
« discrètes, aucune déclaration franchement exprimée). Jalousie et
« batailles entre camarades à son sujet. Changement de sana.
« Interprétations multiples avec idées confuses de persécution.
« Les camarades cherchent à lui faire comprendre moralement, par
« suppositions, des choses qu'ils ne voudraient pas dire directement ».
« Propos alambiqués. Interprète la lecture des journaux, le texte
« et les caractères des articles, « c'est une manière de parler indi-
« rectement à une personne ». On lui parle par sous-entendus ;
« interprète des conversations, des gestes, des traitements pres-
« crits, tout a une signification cachée. État vaguement crépuscu-
« laire. Ne comprend pas le mécanisme ni le but, ne saisit pas ce
« qu'on cherche à lui faire comprendre, c'est peut-être pour son
« bien ; nous interroge à ce sujet. Sentiment d'étrangeté et d'in-
« fluence en germination. Renvoyé du sana, revient à Paris au dis-
« pensaire LÉON BOURGEOIS. Intuitions. Illusion de reconnaissance.
« Suppose que cette jeune fille, infirmière, se trouve à certains
« endroits, croit la voir passer dans le métro.

« *Lésions bacillaires bilatérales. Possibilité d'une évolution schizo-
« phrénique. Apragmatisme sexuel.* »

OBSERVATION N° 5

(Observation dûe à l'obligeance de M. le D^r DUPOUY).

M. L... Rosisher, 37 ans, manœuvre.

Tuberculose pulmonaire. Début des troubles mentaux au cours d'une cure en sanatorium.

« Je, soussigné, D^r Roger DUPOUY, certifie que M. Lév... Rosisher,

« 37 ans, manœuvre, en observation à l'hôpital Henri Rousselle, est atteint d'un délire interprétatif de persécution.

« Hospitalisé pour tuberculose pleuro-pulmonaire dans un sana, se sent fatigué, sans appétit, énervé.

« Suspecte l'entourage, on lui fait des misères, on voulait qu'il donne la main, or « cela obligé de donner la main », il ne connaît pas les mœurs de la campagne.

« Se plaint de la surveillante du sana, il a vu qu'il était abandonné. Se croit magnétisé, hypnotisé, « ils voulaient l'obliger à des choses qu'il ne voulait pas faire ». Déclare au médecin du sana qu'il entend se plaindre de ce qu'on lui fait. Peur qu'il lui arrive quelque chose. Excitation. Bruits. Insomnies. Turbulence nocturne. Lutttes. Batailles.

« Réticences. Veut nous parler en particulier, nous demande de faire sortir la surveillante ; ensuite ne veut plus rien nous dire. Hésitations continuelles dans ses réponses, n'ose pas se livrer. Inquiétude constante. Subanxiété.

« L'état psychopathique de ce malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés. »

Le 3 décembre 1937.

Signé : Dr DUPOUY.

OBSERVATION N° 6

(Observation due à l'obligeance de M. le Dr THIBAUT de THORENC)

M. A...

Tuberculose pulmonaire antérieure au début des troubles mentaux survenant également au cours de la cure sanatoriale. Alternance des troubles pulmonaires et des troubles mentaux.

Atteint d'une tuberculose pulmonaire gauche d'importance moyenne, mais tout de même excavée sous la clavicule et bacillifère, M. A... a commencé sa cure sanatoriale en fin novembre 1938, et une indication de pneumothorax artificiel est posée.

Mais il présente dès les premiers jours de sa cure sanatoriale d'altitude quelques idées de persécution, basées sur l'interprétation pathologique de l'attitude ou des paroles de ses voisins. — Il semble vraisemblable qu'il ne faut voir là que la conséquence d'une bouffée d'anxiété provoquée chez un émotif, inquiet de toujours, par le changement de milieu et d'existence d'une part, et par des troubles

digestifs d'autre part (intoxication d'origine digestive — excitation du système nerveux végétatif par une épine irritative vésiculaire).

Cependant, le régime antitoxique et l'amélioration de son état hépato-vésiculaire d'une part, la mise en équilibre de son système nerveux végétatif d'autre part, n'entraînent qu'une sédation passagère de ces troubles psychiques.

Et ceux-ci s'accroissant de nouveau, tandis que s'était remarquablement amélioré son état pulmonaire — et certes cet état psychique aurait été une contre-indication absolue à l'institution d'un pneumothorax —, on ne croit ni indiqué ni possible de continuer dans ces conditions la cure sanatoriale et Monsieur A... rentre chez lui le 10 avril 1939.

La persistance de ces troubles empêche d'exclure l'hypothèse d'une évolution schizophrénique ultérieure.

OBSERVATION N° 7

(Observation due à l'obligeance de MM. les D^{rs} LUCIEN et MOULIS).

M. L..., 21 ans.

Début d'un délire de persécution en sanatorium chez un tuberculeux à localisations viscérales multiples.

M. L..., âgé de 21 ans, est entré au Sanatorium du Bois de l'Ours, le 10 août 1934.

Ce malade présentait des lésions pulmonaires des deux sommets inactives. L'expectoration ne contenait pas de bacilles.

Ce malade présentait en outre :

- 1° Un mal de Pott lombaire, traité par alitement et héliothérapie.
- 2° Des adénites tuberculeuses suppurées.
- 3° Une otite droite tuberculeuse.
- 4° Des troubles abdominaux dûs, peut-être, à une localisation péritonéale.
- 5° Des troubles rénaux, présence de bacilles tuberculeux dans le rein gauche.

Ce malade qui, au début de son séjour, s'était montré particulièrement gentil et patient a commencé à nous donner des inquiétudes au point de vue mental, à partir de décembre 1935.

Monsieur L... ne voulait plus supporter auprès de lui que la présence de certaines personnes.

Ce jeune malade qui habituellement ne pouvait tenir debout sans être soutenu et sans éprouver des étourdissements, dans ses moments d'excitation se levait et circulait seul dans sa chambre.

Puis ces troubles s'accrochèrent, le malade menaçait de sa canne les personnes qui entraient dans sa chambre et voulait se jeter par la fenêtre. A tel point que nous avons été obligés, les derniers temps de son séjour de verrouiller la porte de sa chambre et de clouer la fenêtre.

Ne pouvant garder ce genre de malade dans un Établissement comme le nôtre, nous prévenons la famille qui vient le chercher et le fait entrer au Sanatorium des Pins à la Motte-Beuvron.

Au bout de quelques jours nous avons su que le Directeur de cet Établissement avait prévenu la famille qu'il y avait lieu de venir chercher le malade et de le faire interner à la Maison Départementale de Blois, Monsieur L... étant atteint du « délire de persécution ».

Depuis, nous n'avons pas eu de nouvelles de ce malade.

OBSERVATION N° 8

(Observation due à l'obligeance de MM. les D^{rs} LUCIEN et MOULIS).

M. C..., 19 ans.

Tuberculose pulmonaire discrète. Tendances hypocondriaques et nosophobie.

M. C..., âgé de 19 ans, est entré au sanatorium du Bois de l'Ours, le 26 octobre 1938.

Malade très peu atteint, porteur d'une simple accentuation bilatérale des images broncho-vasculaires, sans aucune image parenchymateuse suspecte. Les expectorations se sont toujours révélées non bacillifères.

L'état général excellent à l'entrée s'est encore amélioré pendant le séjour au Sanatorium, avec prise de poids de 2 kilos.

Ce malade qui a un état pulmonaire excellent et un état général florissant se croit atteint de toutes les maladies possibles et imaginables. Il présente quelques troubles du rhinopharynx qui l'inquiètent énormément et malgré les soins dévoués du Docteur LONG, oto-rhino-laryngologiste à Briançon, ce malade est inquiet et demande à voir d'autres spécialistes.

Une éruption tout à fait banale lui paraît suspecte, il demande

à consulter des spécialistes et menace de se jeter par la fenêtre si on ne le soigne pas.

Devant ces troubles accentués et très gênants dans un sanatorium, nous avons dû nous séparer de ce malade.

OBSERVATION N° 9

(Observation due à l'obligeance de M. le Dr P. LEFÈVRE).

Mlle P... Yvonne.

Tuberculose pulmonaire fibro-caséuse. Pithiatisme : pathomimie, hémorragies et hyperthermie disparaissant lors d'une surveillance stricte.

Entrée au sana Ch... le 17 avril 1936 porteuse d'une lobite fibreuse ulcérée supérieure droite. On trouve à deux reprises dans le liquide gastrique de rares bacilles tuberculeux mais la malade présente constamment une température oscillante et un mauvais état général, avec un défaut complet d'appétit. Elle est opérée de thoracoplastie extra-pleurale (sept côtes) en deux temps (décembre 1936, janvier 1937).

L'opération est suivie d'une amélioration très passagère mais malgré un résultat technique excellent, la malade continue à avoir des hémoptysies fréquentes, une température sub-fébrile irrégulière et un très mauvais état général.

Lorsque je suis amené à la voir, elle ne présente aucun signe objectif expliquant cette température. Les hémoptysies se présentent d'une façon un peu atypique étant surtout constituées de salive sanglante. On ne trouve jamais de bacilles dans les crachats. La température ayant été contrôlée une première fois inopinément s'est révélée normale alors que la malade accusait 38°. Mis en éveil par cette première constatation nous sommes arrivés une fois à vérifier une hémoptysie : il s'agissait évidemment de sang sucé au niveau des gencives. A partir de ce moment, la malade a cessé d'avoir des hémoptysies, et s'est mise à avoir des hématémèses. Un examen du tube digestif s'est montré négatif. La malade a commencé alors à avoir des hémorragies intestinales accompagnant les selles, mais toujours le sang était indépendant des matières et consistait en liquide généralement clair et plus ou moins teinté en rouge.

A partir de ce moment, ma conviction a été faite qu'il s'agissait

d'un pithiatisme d'autant plus qu'à la suite de la vérification de la température la malade s'était mise à accuser une température progressivement montante à 39 et 40° sans aucune modification dans son état général.

A l'occasion du passage du Dr Armand Delille, j'ai fait vérifier à nouveau la température qui était de 37° une heure après que la malade avait indiqué 38°6. A la suite de cette consultation du Dr Armand Delille qui a confirmé l'absence de signe objectif, la malade a commencé une grève de la faim qui m'a obligé à lui faire quitter le sanatorium d'urgence.

Je l'ai revue une fois depuis, qui montait relativement allègrement une côte assez dure dans Br... Elle m'en a voulu d'une façon assez fidèle.

(En résumé observation de pithiatisme greffé sur une tuberculose fibro-caséuse certaine comme en témoignaient les radiographies).

Phénomènes réactionnels en rapport avec l'existence de la maladie

La maladie peut, comme nous venons de l'indiquer, causer un certain nombre de phénomènes réactionnels. Nous allons en rechercher les bases physiologiques dans les troubles du système nerveux vago-sympathique.

Après avoir envisagé les troubles neuro-végétatifs des tuberculeux, nous verrons que chez eux on peut voir se manifester certains syndromes liés à l'existence de la maladie tuberculeuse : plus particulièrement syndrome d'inquiétude, syndrome de refus, toxicomanies secondaires.

1^o TROUBLES NEURO-VÉGÉTATIFS

Les tuberculeux présentent une sensibilité nerveuse très particulière en rapport probable avec le fait que leur système nerveux est impressionné par les toxines bacillaires qui le tiennent en déséquilibre.

J. CHAIZE affirme que « les malades réagissent à la tuberculose pulmonaire non pas suivant l'étendue des lésions ou le nombre ou la forme des bacilles mais suivant l'excitabilité de leur système vago-sympathique auquel la toxine s'attaque pour ainsi dire d'une façon élective. »

Pour lui, l'état du réflexe oculo-cardiaque révèle le degré d'intoxication du malade et permet de le mesurer en quelque sorte. Dans 80 % des cas il est inversé, mais variable selon le degré d'intoxication. L'état du système vago-sympathique des tuberculeux est extrêmement variable d'un moment à l'autre et varie même au cours de la maladie dans un sens ou dans l'autre selon l'état d'intoxication. « La proportion des sympathicotoniques s'élève chez des malades ayant des lésions tuberculeuses étendues et nous les voyons redevenir vagotoniques dès que leurs lésions sont stabilisées ou guéries par le pneumothorax et cela dans une proportion telle qu'elle dépasse même notre attente. » (L. MICHON, H. MOLLARD, J. CHAIZE).

En résumé, l'état d'instabilité neuro-végétative existe chez la plupart des tuberculeux et peut être le point de départ d'un dérèglement hyper-sympathicotonique.

Il ne semble pas qu'il y ait forcément une prédilection systématique. BEZANÇON et JACQUELIN ont constaté que dans les ruptures d'équilibre vasomoteur il peut y avoir prédominance vagale ou sympathique indistinctement aussi préfèrent-ils s'en tenir à la notion d'instabilité vasomotrice.

Cette instabilité sympathico vagale est entretenue par les toxines bacillaires et constitue l'un des éléments essentiels de l'état tuberculeux.

2^o SYNDROME D'INQUIÉTUDE

Lorsqu'on lui révèle sa maladie, le tuberculeux reçoit le plus souvent un choc. On peut voir survenir chez lui des accès de peur en cas d'hémoptysie révélatrice. Il appréhende le renouvellement d'une semblable éventualité. Il s'observe avec attention et comme RONCE le fait justement remarquer : « cette contemplation interminable de son propre moi vient « ajouter ses effets à l'influence déjà suffisamment active « de la peur. Le seul bien qu'on en puisse tirer c'est un dé- « couragement teinté de fatalisme : on s'en remet au sort « qui selon toute vraisemblance vous sera défavorable et « vis-à-vis de la maladie l'on s'en tient à la néfaste attitude « de la réceptivité toute passive ».

Le malade a de multiples sujets d'inquiétude : celui d'être diminué physiquement, de ne pouvoir continuer à vivre dans le cadre habituel de ses occupations, de ne pouvoir guérir, d'être contraint de quitter sa famille dont il est peut-être le soutien matériel. Il pense à quelques amis qui ont été atteints du même mal, il se remémore leurs souffrances, leurs angoisses et parfois dans son esprit germe l'épouvante de la mort surtout s'il a eu l'occasion d'assister des proches à leurs derniers moments.

Il en résulte fatalement la possibilité de modifications du caractère, de certaines variations brusques dans sa façon de considérer les choses et les gens.

Quand la maladie en est à sa phase d'état, si nous établissons le bilan des heures de gaieté et de tristesse, nous constaterons généralement que c'est un inquiet, cet état d'âme est entretenu par le manque et la lenteur de l'amélioration. Aussi dit RONCE « voit-on des malades qui en viennent à douter de la possibilité du bonheur, à ne plus croire à un retour possible de la chance ».

G. MEACHEN (1938) étudie le mécanisme de la naissance de l'inquiétude dans l'esprit des tuberculeux. Il met en parallèle la vie d'un sujet sain et d'un tuberculeux : « celui-ci doit mener "par force" une existence passive qui souvent ne

« mène à rien, il devient dépendant des autres et la conscience d'être handicapé et «restreint» ronge son âme comme le fer. C'est pourquoi doit-on s'étonner s'il en arrive à se tourmenter au sujet de sa famille, de ses affaires et de l'avenir. Le refoulement conduit à la dépression. Le démon du défaitisme commence à le torturer, et en raison de ses émotions frustrées ou réprimées, sa résistance à la maladie devient moindre. Cela le mène à un épuisement ou à un mauvais usage de son énergie, de là nous voyons si communément des manifestations de crainte, d'anxiété, d'égoïsme et d'irritabilité. »

OBSERVATION N° 10

(Observation due à l'obligeance de MM. les D^{rs} LUCIEN et MOULIS).

M. B..., 34 ans.

Troubles du caractère. Tendance hypochondriaque. Refus du traitement climatique adapté à une lésion ostéo-articulaire.

M. B..., âgé de 34 ans, est entré au Sanatorium du Bois de l'Ours, le 8 décembre 1936.

Ce malade ne présente pas de lésions pulmonaires actives et son expectoration n'est pas bacillifère.

M. B... présente des lésions ostéo-articulaires tuberculeuses du genou gauche. Nous faisons faire un plâtre et nous faisons pratiquer des séances d'héliothérapie prudentes.

Nous faisons surveiller régulièrement ce malade par le D^r BONNIOT, chirurgien de Grenoble, qui conseille une résection du genou.

Malgré nos soins constants et la surveillance d'un chirurgien particulièrement compétent, ce malade se déclare mal soigné, se trouve mal à Briançon, alors que le climat particulièrement ensoleillé et lumineux lui est très favorable.

Chaque jour le malade se plaint longuement et finalement devient tellement désagréable que nous demandons à l'O. P. H. S. de nous en débarrasser le plus tôt possible.

3° SYNDROME DE REFUS

Certains sujets adoptent comme GILLES l'a bien étudié « une attitude constante de refus, refus d'accepter les con-

« séquences de la maladie, refus de se soumettre aux nécessités de la cure, plus loin refus des règles sociales et éthiques ou mêmes religieuses.

« Je l'appellerai donc Névrose de refus ou s'il n'est pas trop désuet, de recourir aux étymologies grecques : *Névrose* « *Aparnétique* ».

D'après l'auteur, on doit enlever à l'idée de refus ce qu'elle a de volontaire pour ne conserver à l'acceptation présente d'aparnésie que la signification d'une attitude qui, bien que différente de la censure, paraît cependant presque inconsciente du moins dans son mobile.

Il passe successivement en revue la syphilis, le cancer, les maladies du cœur pour étudier si la Névrose aparnétique ainsi définie appartient en propre aux réactions psychiques des tuberculeux et il conclut que ce syndrome paraît répondre « plus particulièrement aux inter-actions de la psycho-névrose et de la tuberculose. »

Il nous a été donné d'observer bien des malades refuser le traitement prescrit : potions, piqûres, insuflation... Deux d'entre elles ont plus particulièrement attiré notre attention : au point de vue mental, elles présentent un délire d'influence, symptomatique chez la première de la Démence précoce, chez la seconde de Psychose hallucinatoire chronique.

L'une M^{lle} Cou... Marcelle a une pleurésie purulente tuberculeuse. L'examen radiologique du 15 décembre 1938 montre que « les pounons ne sont pas décelables, noyés par « une masse liquidienne ». Certains jours la malade accepte « la ponction évacuatrice mais à diverses reprises elle s'y « refuse énergiquement, se débat, « je ne veux pas que vous « me touchiez. Vous me trafiquez, vous me soulevez les « côtes, vous m'injectez dedans des saletés pour m'empoi- « sonner, cela me fait tout le tour du thorax. » On ne trafique pas quelqu'un qui a des contacts dedans.

« D — : Quelle sorte de contact éprouvez-vous ?

« R — : Vous ne pensez pas que quand on est maigre, « squelettique, on marche toute seule. On est soutenu par « des gens. »

M^{lle} C... ne peut donner aucune description de ces « gens » invisibles à nos yeux.

Pour diminuer sa résistance nous devons recourir parfois au somnifère (à la dose de 2 à 4 cc³). Nous devons agir de la même façon pour *M^{me} D... Marie*, qui, atteinte de Psychose hallucinatoire chronique présente également une tuberculose pulmonaire droite qui nécessite un pneumothorax. Par moments, elle se laisse traiter docilement mais à d'autres elle refuse de se laisser insuffler, donnant des explications variables de son attitude.

« On me dessèche les poumons.

« Ce n'est pas la peine qu'on me touche puisque je n'ai
« plus de poumons.

« On m'injecte un fluide qui tuera tout le monde par
« arrêt du cœur. Je vis grâce à mon fluide : il y a le bon et le
« mauvais, le bon vient de la Préfecture par appareil ».

Nous ne pouvons obtenir aucun renseignement sur la nature de cet appareil.

Dans ces deux cas, il ne s'agit donc pas d'un refus systématique mais d'une opposition en rapport avec un délire d'influence.

4^o TOXICOMANIES SECONDAIRES

Nous avons vu que les malades hospitalisés en sanatorium peuvent présenter un état d'hypercompensation. Au sujet de tels malades, RONCE s'exprime ainsi : « Il se grise
« d'une activité fébrile, mais, dans ses nuits sans sommeil,
« les fantômes de l'angoisse le harcèlent, il ne peut supporter le silence et l'obscurité : il appelle, s'exaspère, se
« met à bout et s'emporte pour exiger les drogues libératrices. Beaucoup en arrivent à s'évader dans les paradis
« artificiels et c'est parfois la morphine, beaucoup plus commodément le gardénal ».

Pour calmer la toux, en cas d'hémoptysie, on a recours parfois trop souvent aux toxiques : certains tuberculeux s'y accoutument et une fois sortis du sanatorium ils continueront à faire usage de stupéfiants.

R. DUPOUY nous a confié que d'anciens tuberculeux ou tuberculeux actuels venaient le consulter pour lui demander de subir une cure de désintoxication Avec deux de ses

élèves, J. F. BUVAT et H. SAGGUET, il rapporte le 27 mars 1939 l'observation d'un homme de 27 ans, sculpteur, dont nous citons quelques passages :

« Toxicomane de longue date (le début de son intoxication « remonte en 1931 prend actuellement trois grammes d'héroïne « par jour par voie intraveineuse.

« Dans les antécédents familiaux du malade, on ne trouve que « peu de chose : un frère a été néphrectomisé en 1933 pour tubercu- « lose rénale.

« Les antécédents personnels sont plus chargés. Dans l'enfance, « il a eu la rougeole, la coqueluche, la scarlatine et la fièvre typhoïde.

« Dès son jeune âge, il a toujours été d'un caractère nerveux, « irritable et très indépendant...

« Après deux ans de service militaire, il fait une *hémoptysie* qui « survient après une période d'amaigrissement et de fatigue. On « traite cette hémoptysie à l'hôpital militaire et c'est là qu'il con- « naît la morphine... on le réforme...

« Il reprend sa profession de sculpteur et se fait régulièrement « des piqûres de morphine. Petit à petit, il augmente les doses « jusqu'à prendre 24 centigrammes par jour. Puis il quitte la mor- « phine et se met à fumer l'opium, va jusqu'à 60 pipes par jour... « Par la suite il prend de l'héroïne : rapidement il en est à un gramme « par jour en injections sous-cutanées. Trois mois avant son entrée, « il essaie des injections intra-veineuses et prend bientôt 3 grammes « par jour...

« Il se décide à une désintoxication parce que la drogue lui coûte « plus de 100 francs par jour et l'empêche de travailler, de gagner « sa vie.

« L'examen somatique à l'entrée montre *une matité franche au « sommet pulmonaire gauche avec diminution de la respiration des « deux sommets surtout à gauche.*

« Il sort après une cure de désintoxication par la méthode du « Dr DUPOUY qui a duré 5 jours, plus 5 jours de convalescence... « Il affirme ne plus trouver d'appétence pour l'héroïne, ne plus « souffrir d'un état de besoin et d'une sensation de manque. »

Les auteurs attirent l'attention sur ce fait particulier : la grande tolérance qui a permis à ce tuberculeux pulmonaire de vivre pendant 7 ans en prenant des quantités considérables de toxiques dans des conditions d'hygiène désastreuses (ce malade se faisait lui-même ses piqûres, sans prendre aucune précaution d'asepsie)

qui normalement, chez ce sujet mal nourri, dans un état d'amaigrissement et d'affaiblissement extrêmes (57 kg. pour 1 m. 82), auraient dû provoquer une évolution rapide.

Nous rapportons ici l'histoire d'une déséquilibrée complexe, observée au Pavillon Sanatorial qui lors de ses accès d'excitation et de dépression, réalise l'un à côté de l'autre, les syndromes d'anxiété, de refus, et de toxicomanie secondaire.

OBSERVATION N° 11 (*personnelle*)

Mlle R... Antoinette, 28 ans, entrée le 22 août 1936.

Déséquilibre mental. Hérité psychopathique. Accidents tuberculeux et névropathiques dès l'enfance. Accès de dépression et d'excitation atypiques. Laryngite et tuberculose pulmonaire. Parallélisme dans l'accès actuel.

Nous reprenons en partie l'observation N° 13 de Mlle R... publiée par J. Archambault en 1937.

Antécédents héréditaires : Mère morte à Sainte-Anne en 1914 après un épisode infectieux aigu suivi d'état confusionnel (notre malade avait alors trois ans). Le père a été tué à la Guerre en 1917. Antoinette est donc restée orpheline à l'âge de six ans.

Antécédents collatéraux : Frère aîné interné depuis quatre ans à l'Asile de Clermont après un brusque état confusionnel. Les troubles mentaux seraient actuellement guéris depuis un an.

Antécédents personnels : Mlle R... a toujours été nerveuse et de santé fragile. Basedowienne, goître, tachycardie légère et tremblement variable. Depuis très longtemps on a pensé chez elle à une tuberculose possible. De 11 à 14 ans on aurait trouvé quelque diminution de transparence radiologique des poumons, sans autres symptômes.

Formation à 14 ans. La même année, rougeole suivie d'une congestion pulmonaire. « Faiblesse de vessie » jusqu'à 16 ans ? Appendicectomie en 1922. Séjour à Berek de 1922 à 1924 pour faiblesse générale.

En 1929, séjour à Bon-Secours pour une adénite cervicale suppurée.

Début de la tuberculose pulmonaire : En 1932, à Montmorency où la malade est soignée, elle reçoit une série d'allochrysine. A ce moment période de dépression marquée surtout pendant un séjour à Villepinte qui suit le traitement : mutisme obstiné, repliement soudain sur soi-même.

Au sanatorium d'Épernay où elle va ensuite, M^{lle} R... reçoit sans incidents un traitement à la tuberculine. Les lésions semblent en voie de guérison, la malade sort du sanatorium. (En 1935 accès d'excitation). La tuberculose pulmonaire semble se réactiver. M^{lle} R. se fait admettre à l'hôpital, elle reçoit deux injections de crisalbine. Aussitôt et la coïncidence est notée spontanément par la malade *débutent les Troubles Mentaux*.

Cela commence par des troubles du caractère : par coup de tête, la malade signe sa pancarte à l'hôpital, sort et part pour Paris, sans argent pour faire sa vie.

Elle erre sans ressources dans une tenue négligée. Érotisme. Préoccupations sexuelles.

Elle est arrêtée pour un incident (billet de chemin de fer périmé dont elle voulait se servir). Son attitude, son excitation, ses bizarreries auraient attiré l'attention, elle fut envoyée à l'Infirmierie du Dépôt où on la garda.

Évolution de la tuberculose pulmonaire.

A son entrée au Pavillon Sanatorial de Maison Blanche en 1936, son état physique est précaire.

On note de la submatité à droite dans la partie supérieure du champ, respiration un peu rude, murmure vésiculaire moins net qu'à gauche.

La radiographie montre une « infiltration du sommet gauche et de la région inter-cléido-hilaire. Aspect floconneux sans image cavi-taire nette ». A droite, infiltration beaucoup plus discrète du sommet avec présence d'un nodule dense sous claviculaire.

On observe par suite une stabilisation des signes pulmonaires tant cliniques que radiographiques.

26 octobre 1936, légère régression des lésions du côté gauche.

26 mars 1937 « image voisine des précédentes mais on note le développement d'une image claire sus-claviculaire et d'une autre sous-claviculaire. Caverne en voie de formation.

Mais au cours de l'année 1938 « l'image cavi-taire sus claviculaire

« s'est précisée, en même temps les lésions du côté gauche dessinent
« une trame plus nette et plus fine avec l'existence d'un certain
« nombre de points d'opacification intense. »

Noter à droite l'estompage persistant.

La malade présentant un enrouement chronique est adressée au spécialiste qui porte le diagnostic de laryngite bacillaire.

Évolution des troubles mentaux.

Depuis l'internement, allure et comportement puérils. Naïveté. Déséquilibre psycho-moteur, chants, pleurs, religiosité théâtrale. Alternatives d'excitation et de dépression. Satisfaction de soi. Petit maniérisme. Suggestibilité. Jugement déficient.

Dans les semaines qui suivent l'internement, l'état général s'améliore rapidement, l'état mental tend à se stabiliser. L'excitation disparaît. Les idées à teinte délirante ou obsessionnelle s'estompent.

La malade garde un caractère un peu puéril, une affectivité qui s'exprime par des gestes un peu enfantins ; son humeur est encore un peu irrégulière ; elle est triste, s'ennuie ; elle a les larmes faciles et se console aisément. Mais elle est docile, serviable, dévouée, elle s'occupe régulièrement, elle demande à sortir mais sans trop d'insistance. L'absence de famille proche qui puisse s'occuper de M^{lle} R. retarde seule sa sortie.

1939. Nouvelle poussée tuberculeuse et accès d'excitation dans le courant du mois de février, elle se met à pleurer, à s'inquiéter, ne veut pas s'alimenter, acrimonie, accusations fausses vis-à-vis du personnel.

Actuellement.

La laryngite rend l'alimentation pénible et difficile.

L'examen pulmonaire révèle des craquements bi-latéraux.

Un cliché fait le 2 avril 1939 montre « une modification considérable de l'image radiologique. Énorme géode du sommet gauche. « Infiltration descendant jusqu'à la partie moyenne du poumon. « A droite, accentuation très nette des lésions. »

Gros affaiblissement de l'état général, elle a perdu 10 kilogs depuis le mois de février. A ce moment, afebrile, maintenant, le soir clochers thermiques assez fréquemment entre 39° et 39°5. Toux, expectoration mousseuse abondante.

État mental.

Antoinette traverse une période de troubles avec énervement, moments de dépression et d'excitation, dégoût de la vie, « je ne veux pas guérir, à quoi bon ».

Volubilité, pleurs, gémissements, prétend que son frère l'a fait interner de peur qu'elle ne se soigne pas. Elle présente des idées de persécution vis-à-vis des médecins et des infirmières, une extrême mobilité d'humeur, refuse certains jours de s'alimenter.

Depuis une huitaine, une légère amélioration se manifeste. Mais on avait dû pour calmer à la fois la toux et l'anxiété de la malade, user de la morphine (0,01 cg. seulement d'ailleurs). Antoinette continue à la réclamer impérieusement. Nous l'en déshabituons en quelques jours.

Examens de laboratoire :

Crachats. B. K. + + +

Intra-Dermo-réaction à la tuberculine au 1/1.000 négative au 1/100 assez fortement positive.

Sang.

BW., Kahn, Meinicke négatifs.

Bilirubine : 16 milligrammes.

Cholestérol : 0,972.

Azote total non protéïque : 0,55.

Urée sanguine : 0,25.

Numération globulaire.

Hématies : 3.284.000.

Leucos : 11.200.

Formule leucoeytaire : Polys. 85 % ; moyens monos : 14 % ; f. de transition : 1 %.

Hémoglobine : 70 %.

Urines : bloc xantho-urique : 1,407

urée : 45 gr. 18.

Antoinette est une grande déséquilibrée de formule complexe à lourde hérédité psychopathique. Sur un fond intellectuel très moyen voisin de la débilité mentale, elle fait preuve de tendances hyperémotives, mythomaniaques et présente des modifications périodiques de l'humeur. Ses accès sont tout à fait atypiques. Il ne s'agit pas à proprement parler ni de dépression, ni d'excitation franche. La malade se montre instable, irritable, sujette à des mouvements impulsifs, à de brusques variations vaso-motrices, passant de la rougeur à la pâleur ou inversement. Ses attitudes sont

exagérées, théâtrales, maniérées. Elle exprime des idées délirantes d'incurabilité, mais aussi de véhéments reproches contre l'entourage, des idées de persécution. Elle menace de se suicider sans tenter de le faire. Elle manifeste son aptitude à la toxicomanie morphinique. Tous ces caractères répondent bien à la complexité de son fond constitutionnel.

L'intérêt réside dans le parallélisme d'ensemble des accès psychopathiques et de l'état général. Lorsque celui-ci fléchit, l'accès éclate à l'occasion d'une cause quelconque ou souvent progressivement. Il s'établit un véritable cercle vicieux entre les deux séries. L'anorexie fébrile se double du refus d'alimentation mélancolique et l'amaigrissement se fait d'autant plus intense. La malade perd 10 kilos en l'espace de deux mois. La turbulence hyperémotive ne laisse aucun repos, ne permet aucune cure méthodique. Par contre, tout rentre ensuite assez rapidement dans l'ordre, mais il est à redouter que l'une des poussées tuberculeuses, plus évolutive, ne permette plus de rééquilibration et emporte la malade.

Imprégnation tuberculeuse légère : patraquerie bacillaire de Burnand

BURNAND décrit une forme mentale ou psychique de la patraquerie bacillaire où les symptômes de dépression, d'excitabilité anormale, de mélancolie, d'insociabilité sont au premier plan : « associés à la dyspepsie, elle réalise le tableau intégral de l'anorexie mentale. Nous croyons, dit-il, que ce dernier syndrome relève souvent de l'étiologie que nous insinuons ici. »

L'auteur insiste sur l'extrême fréquence avec laquelle la tuberculose se trouve plus ou moins présente dans le tableau neurologique qu'offrent les patraques. On retrouve chez eux une tendance d'auto-analyse, une instabilité d'humeur, de la mélancolie, de la bizarrerie, de l'insociabilité.

Quelques-uns deviennent psychasthéniques, neurasthéniques : de cet état dépendrait l'augmentation du taux de l'acide oxalique dans le sang. A ce sujet, A. DEPOIRE dans sa thèse (Montpellier 1934), expose les conceptions de M.

PAGES sur le rôle de l'acide oxalique dans l'immunité tuberculeuse. Il étudie la part de l'acide oxalique dans la physiologie des états psychasthéniques, sa valeur dans la défense contre l'infection tuberculeuse.

Quelle est la part de l'acide oxalique dans la physio-pathologie des états psychasthéniques ? Dans la thèse de P. MAS nous relevons que les oxalémiques accusent des troubles de la série psychasthénique et les psychasthéniques présentent une oxalémie élevée.

Parmi les principaux signes du tableau clinique de l'oxalémie, citons : l'état de malaise digestif, la céphalée et les migraines, les douleurs musculaires et osseuses, l'hypotension artérielle, la fatigabilité, la dépression physique et psychique.

Le dosage montre que le taux de l'acide oxalique dans le sang des psychasthéniques est plus élevé que normalement : 2 à 9 centigrammes dans 12 cas de DEPOIRE. 4 à 12 centigrammes dans les observations rapportées par MAS.

Imprégnations tuberculeuses profondes : dysthymies terminales

Lorsque l'imprégnation toxinique est forte, on peut observer des euphories terminales ou au contraire des mélancolies liées à la profondeur de l'imprégnation.

1^o EUPHORIES TERMINALES

Cette question a attiré l'attention de nombreux auteurs. Un certain nombre n'en admet pas l'existence sans faire quelques restrictions.

C'est ainsi que, d'après LETULLE, l'immense majorité des phtisiques meurt en pleine connaissance. La fameuse euphorie terminale est plutôt rare mais cependant tout étrange que cela puisse paraître, on l'observe chez les médecins, les pharmaciens, les vétérinaires. Il convient d'ailleurs de ne pas oublier que ces malades euphoriques sont souvent des sujets profondément morphinisés.

E. DUPRÉ affirme que cette euphorie délirante « des phti-

siques est comparable à celle des cancéreux morphinisés. Il étudie le mécanisme de cette euphorie : elle est le résultat d'une intoxication qui a ses facteurs dans les poisons bacillaires, l'insuffisance hépato-rénale et l'anoxémie aiguë et son substratum anatomique dans les lésions destructives du Lobe Frontal.

RONCE pose ce problème : « les tuberculeux qui se voient « vraiment proches de leur fin sont-ils en fait euphoriques ? « nous croyons que l'on peut surtout dire qu'ils ne manifestent pas tous les sentiments de révolte dont ils pourraient « assez naturellement faire preuve. En réalité il nous apparaît que l'on doive admettre deux tendances bien distinctes au cours de cette phase terminale : d'une part cette « euphorie toute relative du grand malade, difficilement « conscient de son état, d'autre part un penchant vers la « résignation qui se peut noter chez bien des tuberculeux ».

OBSERVATION N° 12 (personnelle)

P... Marcelle, 35 ans, entrée le 30 janvier 1922.

Débilité mentale. Tuberculose pulmonaire évolutive. Bilatéralité. Fièvre hectique. Euphorie terminale.

M^{lle} P... est une arriérée mentale qui présente des crises d'apparence comitiale, on l'interne en 1938.

Pendant quelques années les crises s'espacent, finissant même par disparaître aussi en 1926 lui accorde-t-on l'autorisation de retourner chez elle pendant quelque temps.

Nous relevons dans l'histoire de sa maladie le 1/2/36 que sur son état mental est venu se greffer une affection pulmonaire d'origine vraisemblablement grippale. Début de type pneumonique. L'examen physique montre une submatité puis une matité franche de la base gauche tournant dans l'aisselle, obscurité respiratoire absolue mais ni râle ni souffle. Par ailleurs intégrité absolue du reste des champs pulmonaires.

La radioscopie révèle une diminution de transparence de l'ensemble du champ pulmonaire gauche. Il semble exister quelques densifications du parenchyme dans la région sous claviculaire. Le champ droit présente une densification péri-hilaire assez importante d'où partent des tractus épais, en éventail.

L'état pulmonaire va en s'aggravant comme en font foi les clichés radiographiques.

Le 4/8/38 « à gauche une infiltration nodulaire forme entre le « sommet et la partie moyenne une nappe assez épaisse, petites « géodes sur l'étendue de cette zone infiltrée. A droite, infiltration « de même caractère mais moins accentuée ».

Lorsque nous voyons la malade pour la première fois le 20 novembre 1938, nous sommes frappé par l'état d'euphorie qu'elle présente, la tuberculose a continué sa progression (énorme caverne occupant tout le tiers supérieur du poumon), l'état général est gravement atteint : amaigrissement considérable. Fièvre élevée, 39°5-40°, escharre sacrée des dimensions d'une paume de main, le visage est bouffi d'œdème, cyanosé, les paupières sont œdématisées, la toux fréquente, la respiration difficile ; en dépit de cette misère physiologique, M^{lle} P... répond toujours avec un sourire que « cela va très bien » quand on prend de ses nouvelles. Pendant deux à trois jours du 25 au 28 novembre en raison de son état, elle se montre abattue mais ce retentissement moral est de courte durée puisque pendant toute la semaine précédant son décès (3 12/38) nous l'avons retrouvée chaque matin formant des projets d'avenir, heureuse de vivre malgré des crises d'asphyxie, qui nécessitent l'injection d'oxygène sous cutané, survenant en moyenne deux fois par jour.

Il faut faire à propos de cette observation deux remarques : il s'agit d'une arriérée atteinte de débilité mentale moyenne, ce qui implique un jugement sans doute insuffisant, une appréciation imprécise de son état réel. De plus, dans la dernière semaine, on a pratiqué des injections quotidiennes de morphine. Néanmoins l'euphorie se manifestait déjà avant ces injections et concordait avec l'aggravation progressive de la maladie, l'augmentation de la dyspnée, la réduction croissante de toute activité. Elle se développait parallèlement à l'imprégnation de plus en plus profonde.

Sur un terrain de prédisposition sans doute plus accusé, nous allons rencontrer en face de cette euphorie terminale des cas de mélancolie s'établissant pendant les derniers mois de la maladie et se prolongeant jusqu'à la cachexie terminale.

2° — MÉLANCOLIES LIÉES À LA PROFONDEUR DE L'IMPRÉGNATION

Ces états sont connus depuis longtemps : BIENVENU en

1902 publie quelques observations sur les états mélancoliques au cours des granulies tuberculeuses : « nous avons observé « plusieurs cas de psychoses dépressives aiguës, fébriles, à « évolution très rapide, chez des malades faiblement pré- « disposés pour la plupart et qui n'auraient peut-être pas « déliré si une intoxication n'était venue s'ajouter à la faible « prédisposition.

« Chez ces malades le toxique présumé paraît être une « toxine du bacille tuberculeux. Ils sont morts tous très « rapidement emportés par une infection aiguë, qui, à l'au- « topsie, s'est toujours montrée être la granulie.

« Nous croyons que leur état mental dépressif a été pro- « duit par une intoxication spécifique et non par des lésions « des centres nerveux parce que les recherches anatomo-pa- « thologiques que nous avons faites ne nous ont pas laissé « voir trace de follicules tuberculeux dans leurs cerveaux et « leurs méninges. Je parle ici bien entendu de malades dont « la granulie plus ou moins localisée avait épargné le cerveau « et ses enveloppes. »

BIENVENU résume 5 cas observés dans les services de MAGNAN et BOUDRIE : les symptômes sont les mêmes : évolution rapide avec état fébrile progressivement grave, menant à la mort en peu de jours. Etant données les recherches minutieuses anatomo-pathologiques pratiquées, l'auteur se croit en droit d'affirmer que si quelques follicules tuberculeux ont échappé à ses recherches, ce qu'il ne saurait affirmer, ils étaient trop rares et clairsemés pour avoir pu à eux seuls produire l'état mental grave dont les malades étaient frappés.

« Il reste pour expliquer l'état dépressif particulier de ces malades une seule hypothèse : c'est que la toxine tubercu- « leuse portée par le sang dans tout l'organisme est venue « impressionner leur sphère psychique de dégénérés et y « déterminer des troubles spécifiques de dépression et d'a- « battement, leur prédisposition se chargeant de faire le « reste et d'organiser le délire.

« Résumons en disant que nous avons étudié plusieurs « cas de granulie qui avaient totalement épargné le cerveau ; « que les malades ainsi infectés ont présenté un état mélan-

« colique grave ; que nous croyons que la toxine ou une des
« toxines du bacille tuberculeux a des effets dépressifs sur
« les centres psychiques et que quand ces centres sont héréditairement prédisposés, l'effet final est une crise de mélan-
« colie intense dont la grandeur est fonction et de la tare
« héréditaire et de la force de l'intoxication. »

C'est la conclusion même à laquelle nous amènent les faits que nous avons observés. Comme J. VIÉ le fait remarquer dans une étude sur les modifications du caractère à la suite d'affection générale : « Est-il nécessaire d'en inférer une action spécifique des toxines tuberculeuses sur le fonctionnement cérébral, ou ne s'agit-il pas plutôt d'une réaction légitime d'ordre psychique en face de l'altération profonde bien qu'indistinctement perçue parce que non douloureuse des fonctions organiques. »

J. VIÉ conclut que « l'altération du caractère se montre très voisine dans un grand nombre de cas sans paraître toujours fonction de toxines spécifiques mais comme une attitude mentale réactionnelle en face des processus chroniques. »

Dans les états terminaux d'imprégnation profonde, le facteur toxique s'ajoute à la prédisposition. En atténuant les fonctions supérieures d'auto-conduction et de synthèse nerveuse, il met en évidence les tendances basales du caractère et donne naissance aux dysthymies.

OBSERVATION N° 13 (personnelle)

F... Jeanne, 34 ans, brodeuse, célibataire.

Dépression mélancolique à la période terminale d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse bi-latérale. Décès.

Antécédents héréditaires : ses parents seraient morts « de crises cardiaques ».

Antécédents collatéraux : l'ami de la malade ne signale aucun antécédent psychopathique (?).

Antécédents personnels : elle était très chétive, elle serait née dit son ami, pesant 600 grammes, elle apprenait facilement à l'école mais fut placée très jeune dans un couvent puis exerça le métier de bonne à tout faire.

Aucune maladie grave dans l'enfance.

Menstruation à seize ans, règles régulières, d'abondance normale, vivait maritalement, pas d'enfants. Elle était de caractère impressionnable, mais habituellement gai et rieur.

Début de la tuberculose.

« Il y a dix ans, dit Jeanne, que je suis malade ».

En 1932, au début de l'année, elle contracte une bronchite pour laquelle on l'envoie à Boucicaut (service du Dr Courcoux), de Boucicaut, elle ira à Brévannes, où elle séjourne de mars 1932 à août 1933. La « Bronchite » réapparaît dans l'hiver de 1937. Jusqu'à la fin de mai, elle peut encore broder à domicile.

Le début des troubles mentaux :

Se serait produit brusquement : le 27 mai 1938, elle émet la crainte « qu'on veuille la faire mourir ». Son entourage réussit à la rassurer. Néanmoins, elle se montre « plus nerveuse que d'habitude ». Le 8 juin, elle perçoit des odeurs de soufre, éprouve des sensations de brûlures et ne veut « plus voir les rayons du soleil ». On la transporte à l'hôpital Bichat où elle se montre agitée, se débat, crie sans raison apparente aussi la transfère-t-on à l'hôpital Henri-Rousselle le 28 juin.

Le certificat d'internement est ainsi conçu : « Je soussigné, Dr Pr-
« CHARD, certifie avoir examiné ce jour M^{lle} F... Jeanne, âgée de
« 34 ans, actuellement en observation à l'hôpital Henri-Rousselle
« et avoir constaté qu'elle présente un état mélancolique chez une
« tuberculeuse pulmonaire. Dépression profonde. Obnubilation psy-
« chique. Réponses à voix basse et inintelligible. Éléments confu-
« sionnels, idées floues à thème mélancolique de culpabilité et d'au-
« to-accusation. Opposition passive. Bacillose pulmonaire traitée à
« Brévannes. Cachexie importante. Toux. Température 38°. L'état
« psychopathique de cette maladie nécessite son internement dans
« un asile d'aliénés.

Évolution :

A son entrée au Pavillon Sanatorial, Jeanne F... présente une tuberculose ulcéro-caséeuse en pleine évolution avec une profonde imprégnation tuberculeuse et un état cachectique. Elle pèse 28 kgs, sa tension artérielle est de 9/6, l'anémie est profonde, le pouls est faible, petit, rapide, la malade peut à peine répondre à voix basse à quelques-unes de nos questions. Elle déclare « tout cela, c'est de ma faute, je ne me suis pas soigné. Il y a dix ans que je suis malade. J'ai été

traitée par les sels d'or. J'ai cru que c'était à cause de la syphilis. On m'a fait aussi un pneumothorax du côté gauche, je croyais qu'on se livrait à des expériences sur moi. »

La dépression en s'accroissant, les idées d'auto-accusation sont nettement délirantes.

Elle doit subir une peine à laquelle elle a été condamnée parce qu'elle « a fait la noce et volé ». Elle insiste pour qu'on renvoie les voisines à qui on ne doit pas infliger sa présence.

Le 18/7/38 déclare « je suis venue ici pour me corriger, pour ne pas rester dans ma saleté. Je devrais être à Saint-Lazare.

« J'ai fait du mal, j'ai crié croyant que tout le monde voulait me tuer ».

« Je faisais le trottoir. Je n'ai pas pu rentrer dans le bon chemin j'aurais dû rendre ma carte ».

Nous notons sur le certificat de quinzaine (Dr DEMAY).

« Atteinte de dépression mélancolique. Semi-mutisme. Réponses rares. Pleurs. Idées de culpabilité et de persécution. Très mauvais état général. Infiltration pulmonaire ulcero-caséuse bi-latérale. A maintenir ».

L'examen de l'appareil pulmonaire à son entrée :

Révéle de gros râles humides dans toute l'étendue du champ pulmonaire gauche, en arrière.

La respiration est soufflante dans la partie moyenne du poumon droit.

La radiographie du thorax montre des lésions cotonneuses massives de toute la hauteur du poumon gauche.

Lésions massives à droite également : large perte de substance s'étendant depuis l'extrême sommet qui est évidé jusqu'à la région moyenne du champ pulmonaire le long du bord extrême du thorax.

L'examen clinique permet de constater une extension progressive, des gargouillements à gauche, des râles humides sur toute l'étendue du champ pulmonaire droit.

La fièvre oscille irrégulièrement entre 35°7 et 39° (le plus souvent entre 37 et 38°).

Les examens de laboratoire pratiqués à l'entrée donnent es renseignements suivants :

B. K. ++ à l'examen direct.

B. W. : Kahn-Meinicke négatifs.

Urines. —

La malade cachectique décède le 20/9/38 sans avoir présenté un seul instant la moindre amélioration au point de vue mental.

Le cas de Jeanne F... nous paraît bien typique, l'accès mélancolique survient à la période terminale d'une tuberculose pulmonaire étendue active, en pleine évolution. Les faits sont récents, leur chronologie ne laisse plus aucun doute. Chez cette petite femme, habituellement gaie, rieuse, (son ami insiste sur ce point l'apparition d'idées tristes, d'asthénie, d'inquiétude marque une date. Elle avait eu autrefois en 1932 une première poussée tuberculeuse uni-latérale sans doute puisqu'on aurait pratiqué un pneumothorax ; traitée à l'hôpital, Jeanne avait guéri. Depuis lors, elle était restée de temps en temps souffrante mais « petite nature, résistant à tout, elle s'occupait toujours de son intérieur avec joie ». « La « mauvaise bronchite » de l'hiver 1937 modifie du tout au tout cet aspect clinique : la résistance est vaincue, le processus est généralisé. Depuis mai, la malade ne peut même plus broder chez elle. Fin mai, ce sont les premières atteintes de l'anxiété. Au début de juin, des hallucinations olfactives : le tableau d'emblée, dépasse le cadre habituel des mélancolies périodiques. L'accès psychopathique bientôt se développe parallèlement à l'état général qui s'aggrave.

Elle nous arrive un mois après, et son organisme est profondément imprégné par la maladie : les lésions pulmonaires sont bi-latérales, diffuses, évolutives. L'amaigrissement est considérable, l'hypotension très accentuée, l'asthénie extrême, les règles sont supprimées. La mélancolie persiste jusqu'au bout, tandis que l'état pulmonaire ne cesse de s'aggraver.

OBSERVATION N° 14 (*personnelle*)

M^{lle} Lar... Françoise, née en 1903, 36 ans, entrée le 22 septembre 1938.

Dépression atypique en rapport avec une imprégnation tuberculeuse profonde. Grippe en 1934. Début de la psychose en juin 1935. Tuberculose ostéo-articulaire à foyers multiples et pulmonaires bi-latérale mais assez discrète.

Nous n'avons aucun renseignement précis sur les antécédents hé-

réditaires, familiaux, et personnels. Grippe en 1934. Début de la psychose en juin 1935.

Début de la tuberculose

Grippe en juin 1934 pour laquelle on la soigne à l'Hôpital Beaujon. Convalescence au Vésinet, reste très déprimée, ne peut reprendre son travail, revient à Beaujon.

Début des troubles mentaux

Les idées qu'elle exprime au cours de cette seconde hospitalisation déterminent son transfert à l'Hôpital Henri Rousselle où le Dr DUPOUR la reçoit le 17 juin 1935.

« Est atteinte d'un état mélancolique à forme hypocondriaque.
« Se plaint de l'estomac, de l'intestin, de tout le ventre, de douleurs
« diffuses. Elle ne digère plus... gémissements incessants. On ne
« l'aime plus, ni sa famille, ni ses patrons. Anorexie. Lésions vis-
« cérales organiques possibles mais réactions psychopathiques. In-
« sociabilité, anxiété, hurlements par intervalles. Rires immotivés.
« A d'autres moments, ne veut pas voir ses parents. Refus d'aliments.
« Vomissements paraissant volontaires. Albuminurie 0,16. L'état
« psychopathique de cette malade nécessite son internement dans
« un asile d'aliénés. »

A l'admission le Dr SIMON note sa pâleur et sa maigreur, elle pèse 40 kilogs.

L'évolution — est celui d'une dépression hypocondriaque sur fonds de débilité mentale parallèlement aux lésions tuberculeuses dont nous ne pouvons établir l'ordre d'apparition : de 1935 à 1936, M^{lle} Lar... se trouve à l'Asile de Vaucluse.

Nous relevons dans l'observation qui nous a été communiquée qu'elle se montre à la fois fermée et souriante, se plaignant de sa santé, d'insuffisance d'affection des siens. Ton un peu supérieur, air satisfait. Syndrome de dépression hypocondriaque sans tonalité affective et avec discordance.

Au point de vue général amaigrissement marqué.

Pleurésie au cours de l'hiver 1936.

Bacilloscopie positive le 9-6-36.

Durant son séjour à Vaucluse, son comportement fait songer à une évolution schizophrénique. Sur le certificat du 9 juin 1936 (Dr TUSQUES) nous relevons qu'« elle est atteinte de troubles mentaux caractérisés par une schizophrénie délirante à thème hypocondriaque sur *fonds* de débilité mentale. »

A son arrivée au pavillon sanatorial le 22 septembre 1938, elle

apparaît atteinte d'un état de dépression atypique en rapport avec une imprégnation tuberculeuse profonde (Dr VIÉ).

C'est une petite femme extrêmement amaigrie, d'une grande pâleur, gémissant sans cesse, et ne pouvant se soulever du brancard sur lequel on l'apporte. Elle souffre vivement du dos et de la hanche gauche, elle tousse. Ses gencives sont gonflées et saignantes. Elle est subfébrile 37°6.

Évolution de la tuberculose. — La malade se cachectise « Lésions pulmonaires ouvertes et abcès ossifluent de l'aîne gauche » porte le certificat de transfert de Vaucluse à Maison Blanche.

L'examen physique révèle une matité des deux sommets,
une respiration soufflante du sommet droit,
une abolition du murmure vésiculaire dans le reste de l'hémi-thorax droit.

La radiologie révèle que « la trame gauche est obscure. Par ailleurs sclérose légère. Le cul-de-sac diaphragmatique gauche est « soudé. »

La radio du squelette (colonne vertébrale et bassin) ne décèle aucune lésion osseuse visible.

Actuellement

Pott dorso-lombaire.

Tuberculose de l'épaule gauche. -

Abcès multiples :

A la face externe de la cuisse gauche, abcès de l'aîne gauche. L'examen radiologique montre qu'à part un certain degré de calcification générale, il n'existe pas de modification osseuse indiquant l'origine de la suppuration.

Ces collections sont indolentes, fluctuantes. Le pus retiré par ponction est séreux, jaunâtre, mal lié, grumeleux, se reformant assez rapidement après la ponction.

Au niveau de chaque aileron du sacrum siège un abcès moins volumineux, à peine fluctuant.

Notons enfin, à la face antérieure du bras droit un abcès de forme ovoïde étendu de l'insertion inférieure du deltoïde au tendon du biceps. Son contenu est un liquide citrin qui décolle les parties molles.

La cachexie est avancée.

Au point de vue mental.

La dépression persiste toujours, l'orientation est imprécise,

Plaintes, gémissements fréquents justifiés d'ailleurs par son état de misère physiologique.

Mlle Lar... se montre calme, indifférente à ce qui l'entoure.

Examens de laboratoire :

Crachats. B. K. — après homogénéisation.

Intra-dermo réaction à la tuberculine au 1/1.000 négative, au 1/100 faiblement positive. •

Sang.

B. W., (*Kahn, Meinicke*), négatifs ;

Bilirubine : 22 milligrammes ;

Cholestérol : 0,750 ;

Azote total non protéique : 0,50 ;

Urée sanguine : 0,20.

Numération globulaire.

Hématies : 3.284.000

Leucos : 14.600

Hémoglobine : 70 %

Formule leucocytaire Polys. 89 %. Grands Monos 2 %. Moyens Monos 8 %. Eosinos 1 %.

Urines.

Bloc xantho-urique : 1,218.

Urée 23 gr.75.

Chez Françoise Lar... les lésions prédominantes sont actuellement d'ordre ostéo-articulaire. L'atteinte pulmonaire peut être primitive ; réveillée à la suite d'une grippe, a cédé la place à des localisations osseuses vertébrales et scapulaires. Des abcès multiples se reproduisent rapidement après les ponctions qui jusqu'à présent ont évité la fistulisation. L'état général était déjà très atteint en 1935 ; la pâleur et l'amaigrissement n'ont fait que s'accroître, l'anémie est profonde, l'alimentation reste très insuffisante.

Mais il faut faire ici place à l'élément douleur : Françoise souffre sans cesse depuis le début de la maladie : ses hurlements étaient considérés comme de nature hypocondriaque. Pourtant la multiplicité des lésions les explique ; en aucune position, la malade ne peut trouver le repos. Les abcès ne permettent pas l'application d'appareils plâtrés. Les opiacés n'ont apporté qu'un soulagement transitoire devenu inutile ces dernières semaines.

L'état mental s'est amélioré légèrement. La dépression semble légitime et la note d'atypisme en rapport avec la discordance du rire a disparu depuis longtemps. Rien ne rappelle non plus la série mélancolique. Sa fatigabilité extrême est parallèle à l'état général et l'évolution générale de l'état mental paraît nettement parallèle à l'évolution des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION N° 15

Dar... André, 28 ans, (service de M^{re} les D^{rs} DUPOUY et SENGES).

Voici un cas tout à fait analogue dont l'accès psychopathique traduit une imprégnation massive terminale. Accès de dépression mélancolique avec état confusionnel terminal, chez un bacillaire avancé (coralgie ancienne, tuberculose pulmonaire bi-latérale). Cachexie. Décès.

« Je soussigné, D^r Roger Dupouy, certifie que Monsieur Dar...
« André, 28 ans, musicien, 21, rue de N... en observation à l'hôpital
« Henri-Rousselle est atteint de dépression mélancolique anxieuse.
« Désespoir de ne pas guérir de sa maladie pulmonaire, demande
« la mort. Idées actives de suicide. Tentative à Brévannes, par ouverture des veines du poignet, à l'aide d'un rasoir. Blessures superficielles. Vellétés de défénéstration à l'hôpital Bichat. Plaie
« à l'arcade sourcilière droite. Persistance des idées de suicide.

Tuberculose pulmonaire cavitaire bi-latérale.

Etat cachectique ; fièvre hectique.

« L'état psychopathique de ce malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés... 27 mai 1937 ».

Dans le certificat immédiat (Ste-Anne, nous relevons que « D... est atteint de confusion mentale avec désorientation, dysmnésie ; phases oniriques, anxiété, écrit qu'on veut lui faire du mal, le tuer.

On le transfère à Vaucluse le 30 mai 1937. Il meurt deux jours après son entrée.

OBSERVATION N° 16

Monsieur L... (Observation due à l'obligeance de M^r. le D^r THIBAUT DE THORENC).

Tuberculose Pulmonaire. Ulcéro-Caséeuse. Mélancolie terminale.

Atteint d'une *Tuberculose Pulmonaire Gauche évolutive* largement excavée, Monsieur L... a commencé sa cure sanatoriale en fin 1928 : un essai de pneumothorax s'accompagne de crises convulsives qui font renoncer à toute nouvelle tentative.

Cependant, la tuberculose continuant à évoluer rapidement on se décide en janvier 1929 à tenter un nouvel essai qui se passe sans incident. Mais on ne peut décoller qu'un pneumothorax partiel, plus ou moins contro-électif, qui présente tout de même une certaine efficacité.

Sur ces entrefaites se développent des *Phénomènes Mentaux* accentués, avec idées d'infériorité si prononcées qu'elles entraînent des idées de suicide. Un internement devient nécessaire. Rapidement alors est abandonné le pneumothorax tout de même trop peu efficace.

La tuberculose pulmonaire progresse, et il semble que lors de chaque poussée évolutive, les phénomènes mentaux s'atténuent. Le décès se produit en 1930 par progrès de la tuberculose.

CHAPITRE III

PSYCHOSES TUBERCULEUSES PROPREMENT DITES

Au cours du ^{xx}^e siècle un certain nombre d'auteurs ont tenté d'individualiser quelques types de psychoses plus particulièrement en rapport avec la tuberculose. Les idées de RÉGIS, les travaux de J. LÉPINE, A. MARIE et P. BEAUSSART, DAMAYE, A. BROUSSEAU, DE CRAENE, L. et M. WAHL sont les plus caractéristiques à ce sujet. Nous les passerons en revue puis nous rapporterons quelques observations de malades hospitalisées pour la plupart au Pavillon Sanatoriale de Maison Blanche dans le but de rechercher quels traits principaux se dégagent de ces cas dans lesquels la Tuberculose semble jouer un rôle étiologique certain.

Le nom de RÉGIS qui domine l'histoire des psychoses toxi-infectieuses se place tout naturellement ici. Comme toutes les infections et les intoxications, la tuberculose se traduit cliniquement par de la Confusion mentale, et l'on peut, au cours de son évolution, en observer toutes les formes. Cependant, les troubles mentaux ne semblent pas pour RÉGIS apparaître à des moments bien précis de l'infection ce qui entraîne une méconnaissance assez fréquente de leur origine tuberculeuse.

En 1908, J. LÉPINE dans une étude sur l'encéphalite aiguë curable des tuberculeux rapporte trois observations d'un syndrome mental terminé par la guérison : le caractère essentiel est la confusion avec hallucinations terrifiantes dans deux cas et un syndrome catatonique dans l'autre. Une seule de ces malades présenta des phénomènes méningés et encore l'examen du liquide céphalo-rachidien ne montra-t-il que de rares lymphocytes.

POUR A. MARIE et P. BEAUSSART (1910) « d'une façon
« générale on peut dire que la tuberculose a le plus souvent
« des rapports avec les états mélancoliques ; il est de ces
« états de dépression dite neurasthénique ou mélancolique,
« de ces états de fausse hypocondrie qui ne seraient que trop
« réellement fondés sur le sentiment vague et mal défini
« d'une déchéance physique, l'organisme étant miné par une
« affection tuberculeuse que rien ne décèle encore. Il est
« certain que chez les tuberculeux un des signes les plus
« constants de la période prodromique de l'aliénation men-
« tale est une modification de l'humeur et du caractère
« suivie de phénomènes psychopathiques plus accentués :
« délire mélancolique, conceptions hallucinatoires non sys-
« tématisées, états de confusion mentale. Tantôt on peut
« avoir à faire à une forme où prédomine la torpeur avec
« mélancolie anxieuse, hallucinations, délire de persécution ;
« tantôt il peut s'agir d'une confusion mentale aiguë qui se
« confond avec la confusion mentale de la polynévrite tu-
« berculeuse. »

Ces deux auteurs signalent également des cas où la coxalgie et le mal de Pott furent suivis de confusion mentale chronique.

DAMAYE publie en 1911 un article sur « la Mélancolie
« Confusionnelle Toxi-Tuberculeuse avec anxiété et idées de
« négation. Disparition des idées délirantes parallèlement à
« la guérison de la tuberculose ». Il s'agissait d'une malade
« débile de 26 ans entrée à l'Asile en août 1909, le début des
« troubles remontait au 18 juin 1909 ; elle fit un accès mé-
« lancolique à l'occasion d'une tuberculose pulmonaire. La
« guérison, autant que le permettait le fonds mental fut
« obtenue en traitant la tuberculose et l'amélioration, sui-
« vant le mode oscillatoire, fut parallèle pour l'état physique
et les symptômes mentaux.

Pour DAMAYE, comme toutes les intoxications, la tuberculose peut provoquer toutes les formes mentales suivant le terrain, suivant la prédisposition. L'état confusionnel n'est pas habituel mais d'une très grande fréquence dans les psychoses toxiques ; cliniquement, ainsi que le pense RÉGIS

la confusion peut s'adjoindre à toutes les formes mentales d'origine toxique.

Au cours du VIII^e Congrès de médecine de Langue Française de l'Amérique du Nord (Québec 1924), A. BROUSSEAU expose deux cas de troubles mentaux survenant chez des sujets atteints depuis longtemps de tuberculose pulmonaire évolutive. Dans l'un d'eux, quatre mois après la sortie du sanatorium on assiste à l'évolution d'un syndrome confusionnel typique sans onirisme qui cède à la ponction lombaire et au régime hyper-azoté. La réaction cérébrale se traduit par un syndrome confusionnel que ce soient des effets directs ou secondaires à la toxi-infection « c'est dit l'auteur, « à cela que paraît devoir se réduire la psychose tuberculeuse, trop hâtivement individualisée en Allemagne. « Le « caractère passager de ces accidents, conclut-il, est intéressant à connaître puisqu'il s'oppose à l'internement de « semblables malades dont l'avenir dépend avant tout de « leurs lésions pulmonaires ».

M. WAHL au Congrès de Blois (1927) étudie la confusion mentale, premier signe constatable de Tuberculose Pulmonaire. Pour lui « l'état physique de l'organisme est le primun movens de l'état psychique et un lien très étroit relie cet état confusionnel et persistant aux états fébriles les plus classiques.

« Il m'a été donné depuis longtemps, dit-il, de constater de temps en temps chez des sujets entrés à l'Asile pour des états violents de confusion dont l'origine était inconnue et qui, par conséquent, semblaient échapper aux règles de SEGLAS et ROUBINOVITCH des signes de tuberculose au début. »

« Cet état persiste des semaines, parfois des mois : l'agitation de l'onirisme, le désordre des actes et des idées dominant toujours la scène mais sournoisement la tuberculose pulmonaire fait son œuvre, les signes stéthacoustiques deviennent nets, l'amaigrissement, la toux apparaissent. On trouve des bacilles de Koch dans l'expectoration. »

« Peu à peu la tuberculose vulgaire du poumon en arrive à dominer la scène, les troubles mentaux se calment, dis-

paraissent même et le malade sort de l'Asile et achève chez lui ou à l'hôpital le cycle de sa maladie. »

L'auteur en concluant, rattache cet état très spécial dont il a observé une quinzaine de cas en vingt ans « à une toxémie fonction du bacille de Koch, évoluant chez des sujets plus ou moins surmenés intellectuellement et fatigués physiquement. »

1930, L. et M. WAHL au Congrès de Lille apportent plusieurs observations ayant trait à la « Confusion Mentale et « Tuberculose Pulmonaire ». Dans la première, l'autopsie révèle une phtisie pulmonaire galopante sans aucune localisation chez une malade atteinte de troubles mentaux, décédée trois semaines après son admission. Les troubles avaient débuté dix jours auparavant.

La seconde met en évidence l'antériorité de la tuberculose sur l'apparition des troubles mentaux.

Dans les cas passés en revue, la tuberculose est antérieure ou contemporaine aux troubles mentaux. Il faut tenir compte de l'intérêt offert par l'appoint éthylique, cependant pour L. et M. WAHL « il est certain que les toxines tuberculeuses ajoutent leur action à celle de l'alcool ».

Nous nous arrêterons plus longuement sur le travail du Belge DE CRAENE (1925). Pour lui, les psychoses tuberculeuses se présentent généralement sous la forme de confusion mentale ou de délire polymorphe. « Quand les psychoses « tuberculeuses affectent la forme de confusion mentale, « elles présentent des caractères identiques à ceux de la confusion mentale ordinaire d'origine infectieuse ou toxique « mis autrefois magistralement en lumière par RÉGIS.

« Lorsqu'il s'agit de délire polymorphe cette psychose « présente souvent des caractères un peu particuliers. Le « malade a une tendance à interpréter les symptômes de sa « bacillose. Souvent aussi se sont des érotomanes. Ajoutons « que les tendances persécutrices sont fréquentes chez eux. »

Rappelons enfin que dans leur travail sur le Délire de Rêverie, HEUYER et BOREL publient six observations et dans deux cas on peut noter l'antériorité d'antécédents tuberculeux.

OBSERVATION I. B... Renée femme M... 47 ans.

Psychose paranoïde. Automatisme mental et idées délirantes imaginatives à type de rêverie sur un thème de grandeur et de filiation. Descend de plusieurs familles illustres : les d'ARC, le duc de Lorraine... Début probable des troubles psychiques il y a un an et demi... A eu cinq *hémoptysies* il y a dix ans. Pas de signes d'auscultation.

OBSERVATION IV. E... 22 ans

Syndrome complet d'automatisme mental ; des hallucinations auditives et olfactives, le sentiment de prise de la pensée, une suggestion étrangère, des idées d'influence, des hétéro-impulsions, des sensations génitales... Dans le certificat d'internement : « Amaigrissement. Dit avoir eu une pleurésie et une hémoptysie. Démence précoce. »

Les auteurs concluent que du point de vue clinique, le délire de rêverie constitue une réalité symptomatique ; au nombre de ses éléments essentiels, il faut compter « la transformation de la rêverie » consciente en un délire par intervention d'une cause extérieure, « d'ordre émotif, infectieux, toxique, ou psychopathique.

Si, de ce cadre particulier, nous passons à celui des délires en général, nous voyons, d'après BOVEN, que dans la tuberculose « les délires prennent l'aspect de la confusion « le ton de la mélancolie. »

Il semble donc qu'on puisse invoquer la tuberculose en tant que facteur étiologique et modificateur des délires.

Dans l'ensemble, les auteurs ont donc insisté sur la prédominance de la confusion mentale sous ses divers aspects, avec l'appoint de conceptions mélancoliques, d'hallucinations, d'idées délirantes polymorphes, (persécutrices, érotiques ou mystiques.

C'est ce qu'il nous a été donné d'observer nous-même. Nous insisterons, en nous efforçant de préciser la sémiologie de chaque cas, sur ses rapports avec le stade évolutif du processus tuberculeux, appuyé sur des examens radiologiques répétés.

NOS OBSERVATIONS

Il est très difficile de ranger ces observations d'après la prédominance de l'une des trois séries : confusion, dépression, hallucinations. Elles s'intriquent si intimement, elles se succèdent au cours de l'évolution d'une façon si nuancée que toute classification sur cette base paraîtrait bien arbitraire. Au reste, on verra que ces symptômes eux-mêmes restent flous, fondus.

En dehors des épisodes subaigus par lesquels la psychose commence, la confusion est toujours fortement teintée d'onirisme plutôt que d'obtusion massive. La dépression n'atteint que dans un seul cas le degré de mélancolie anxieuse, encore celle-ci se montre-t-elle bien atypique. Les hallucinations sont le plus souvent psychomotrices et aboutissent à des idées délirantes d'influence, peu systématisées.

Nous partirons donc d'une observation d'évolution assez aiguë présentant les trois séries symptomatiques pour continuer par des cas où la note dépressive semble plus marquée, puis la note confusionnelle, puis la note hallucinatoire.

OBSERVATION N° 17 (*personnelle*)

Mlle Br... Marie, 29 ans, mariée, entrée le 29 juin 1938

Psychose hallucinatoire subaiguë terminale, consécutive à un épisode d'agitation onirique, anxieuse lors d'une poussée, tuberculose ulcéro-caséuse fortement évolutive. Décès.

Antécédents Héritaires : les parents sont encore vivants.

Antécédents Collatéraux : mariée en 1934, le mari serait un alcoolique invétéré. Elle a eu deux enfants : une fille décédée de méningite à un an,

un garçon mort tuberculeux à sept mois en juillet 1938.

Antécédents Personnels : réglée régulièrement à l'âge de quinze ans.

Début de la tuberculose.

Par une pleurésie séro-fibrineuse droite en 1935. La tuberculose pulmonaire paraît avoir repris son évolution depuis le second ac-

couchement en novembre 1937 et nécessité l'hospitalisation le 27 avril 1938.

Le début des troubles mentaux.

A lieu quinze jours après son admission à l'Hôpital Lariboisière. Le mari attribue ce changement dans son comportement au désespoir qu'elle a de ne pouvoir guérir. Néanmoins, l'internement ne s'impose que le 24 juin 1938.

Le certificat d'internement est ainsi conçu :

« idées de persécution avec hallucinations visuelles et auditives
« on va lui faire des piqûres pour la faire mourir » anxiété vive. Cet
« état symptomatique de psychose hallucinatoire chez une bacillaire
« nécessite le placement dans un établissement spécial sous le con-
« trôle de la loi de 1838. Signé D^r ROBIN.

Le 26 juin à Sainte-Anne, Marie Br... apparaît « atteinte d'une
« psychose hallucinatoire subaiguë avec hallucinations auditives,
« menaçantes, épisodes nettement oniriques, sentiment d'étran-
« geté du monde extérieur, idées de persécution imprécises, inquié-
« tudes, réactions anxieuses parfois très marquées, tuberculose pul-
« monaire, lésion prédominante à droite (signes cavitaires) réflexes
« rotuliens vifs, à maintenir » D^r X. ABELY.

A son arrivée à Maison-Blanche, le 29-6-38, elle présente un état de dépression marqué, de fatigue qui rend difficile l'évocation des souvenirs, elle est mal orientée, inquiète, elle mêle à des détails réels des reliquats oniriques. Elle aurait eu récemment un épisode d'excitation, elle dit avoir été maintenue et de fait présente des ecchymoses aux poignets, elle manifeste une grosse émotivité lorsqu'elle raconte qu'on l'attachait, prétend qu'à l'Hôpital « le garçon ne voulait pas lui donner à boire », les voisines lui disaient « des sottises ».

Évolution.

Le plus souvent déprimée et anxieuse, par moments, la malade se montre agressive à l'égard du personnel, ne peut supporter ses compagnes parce qu'elles sont trop bruyantes.

Le 5 août veut absolument « partir avec son mari ». Cette maison n'est pas pour moi. »

Elle est triste, pleure par instants, gémit « On a dit que je devais mourir, on me ferait sauter les yeux puis on apporterait des fleurs ». Elle présente des hallucinations psycho-motrices qui sont surtout marquées vers le 13 juillet. Dans le certificat de Quinzaine (D^r DEMAY) nous relevons :

«... atteinte de psychose hallucinatoire avec prédominance d'hallucinations psycho-motrices et délire d'influence, on la fait parler malgré elle et accomplir certains gestes, elle ne se sent pas libre. Manifeste une certaine conscience de son état morbide. Réactions dépressives et anxieuses. Tuberculose pulmonaire évolutive. A maintenir. »

L'examen de l'appareil pulmonaire montre :

en arrière, à gauche, une submatité au sommet râles humides dans toute l'étendue du champ pulmonaire, à droite, matité au sommet, râles humides à la partie moyenne.

La tension artérielle est basse : 10 1/2 — 8 1/2.

Le 29 juin, la palpation de l'abdomen est douloureuse et donne une impression de consistance granuleuse surtout dans la fosse iliaque gauche. Le Foie est gros. Pas d'acite.

Notons que les réflexes patellaires et achilléens sont vifs, les pupilles réagissent lentement à la lumière.

La Radiographie :

montre une infiltration cotonneuse massive des deux champs pulmonaires avec prédominance des lésions cavitaires multiples à gauche. Prédominance de l'infiltration dense à droite.

Examens de laboratoire :

B. K.+++ à l'examen direct.

B. W. Meinicke, Kahn négatifs dans le sang.

L'état physique de la malade s'aggrave rapidement : dyspnée marquée.

La fièvre oscille entre 36°4 et 39° ;

le poids tombe de 43 kilogs à 39 kg. 400 ;

la tension artérielle est à 10/6 le 10 juillet ;

les règles sont suspendues ;

la dépression et l'asthénie deviennent plus profondes.

Décès le 27-8-38.

Marie Br... présente d'une façon nette la triade symptomatique que nous retrouverons à des degrés divers dans les phases aiguës des psychoses que nous croyons liées à la toxi-infection bacillaire : confusion, anxiété, hallucinations psycho-motrices.

Suivant « la présentation » de la malade, qui varie dans une certaine mesure d'un jour à l'autre, les observateurs ont

mis l'accent dans leur étiquette nosologique sur l'un de ces trois éléments et ils ont pu insister sur le délire d'influence, l'onirisme ou la dépression anxieuse, qui dans l'ensemble du tableau, demeurent inséparables.

Le début a été lent et progressif puisque les premiers troubles mentaux, d'après le mari, se sont manifestés une quinzaine de jours après son entrée à l'hôpital Lariboisière et que la malade a pu y être conservée encore plus d'un mois. Puis éclate un accès brutal d'anxiété hallucinatoire avec épisodes oniriques de grosse agitation, qui obligent à maintenir la malade.

Lors de l'arrivée au pavillon sanatorial, ces phénomènes aigus se sont apaisés : ils ne reparaîtront plus. La dépression domine avec la rêverie pseudo-hallucinatoire, les troubles psycho-moteurs et le sentiment d'influence : la malade a l'impression qu'elle n'agit plus librement, qu'elle n'est plus maîtresse de ses pensées ni de ses actes. Elle est maintenant sous l'emprise toxi-infectieuse.

De fait, la psychose est nettement secondaire à la poussée tuberculeuse, ulcéro-caséeuse, fortement évolutive et l'histoire de Marie Br... est bien comparable à celle de Jeanne F... Une première poussée se limite « à une pleurésie droite ». Deux ans plus tard, à la suite d'une grossesse, la seconde poussée se déclenche avec des caractères différents : épuisement profond, bi-latéralité rapide, apparition progressive des troubles mentaux sur ce terrain de forte imprégnation. L'observation clinique, chez Marie Br... donnait même à supposer une extension péritonéale demeurée discrète.

Après l'accès d'agitation onirique qui a marqué la réaction suprême de la malade, la dépression avec automatisme mental flou est allée s'accroissant, elle a suivi jusqu'à la mort la progression de la tuberculose.

OBSERVATION N° 17

Alex... Lucius, 28 ans. (service de Messieurs les D^{rs} ABÉLY et DUPOUY).

Délire onirique terminal avec idées de persécution chez un tuberculeux avancé.

« Je, soussigné, Dr Roger DUPONT, certifie que M^r Alex... Lucius 28 ans, 119, rue Ch..., Paris, en observation à l'hôpital Henri-Rousselle est atteint d'un délire onirique.

« Idées actives de persécution et hallucinations multiples. On lui envoie des gaz asphyxiants. On lui lance des pétards sous son lit. On en met dans sa table de nuit, il les entend grésiller et en sent la mauvaise odeur. On fait des expériences sur lui. Il entend des paroles sybillines qui signifient qu'on veut sa mort parce qu'elle doit rapporter de l'argent. Il a en effet une fortune dont il ignore la valeur qui lui vient d'un bienfaiteur inconnu. Refus d'aliments par crainte d'empoisonnement. *Tuberculose pulmonaire cavitaire*. « Etat cachectique terminal. Température 39°1.

« L'état psychopathique de ce malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés. » 27 mai 1937.

A son admission à Sainte-Anne on note les signes cliniques d'une grosse cavité pulmonaire droite, T° 38°6.

Il refuse de boire parce qu'on lui donne une eau additionnée d'une poudre ».

Il raconte que le 29 avril il s'est fait hospitaliser à Bichat, en y arrivant il a pleuré parce qu'il avait entendu dire qu'il avait volé cent francs.

Impressions cénesthésiques : on lui a fait passer des courants électriques. Il ne sait pas pourquoi on lui fait des misères ».

Hallucinations olfactives : il « sent du gaz qu'on lui prend au cœur ».

Son état physique va en s'aggravant et il décède le 1^{er} juin 1937.

OBSERVATION N° 18 (personnelle)

M^{lle} Ja... Raymonde, domestique, 34 ans, entrée le 16 mars 1939.

Confusion mentale onirique subaiguë. Grippe en 1936. Tuberculose pulmonaire bi-latérale consécutive. Asthénie. Apparition progressive des troubles mentaux.

Antécédents héréditaires : le Père est mort à 56 ans « des suites de la guerre. »

Antécédents collatéraux : néant.

Antécédents personnels : une fille de huit ans.

Début de la tuberculose : Grippe en avril 1936 « mal soignée », elle doit cesser de travailler en juillet et est alors traitée à Brévannes pour tuberculose pulmonaire bi-latérale.

Le début des troubles mentaux : se manifeste au cours de son hospitalisation au sanatorium de Brévannes. Vers le 15 février 1939 elle tente à diverses reprises de grimper dans le lit des autres malades, passe sa main sous les jupes d'une surveillante ; elle reste toute la matinée nue dans le lavabo pour procéder pendant des heures à sa toilette et empêche les autres d'y rentrer. On l'envoie à Henri-Rousselle en raison de son comportement. Le Docteur DUPOUX note « qu'elle est atteinte d'un état stuporeux, paraît confuse, demi-mutisme, état catatonique, persévération des attitudes provoquées. »

Évolution. — Entrée à Maison Blanche le 16 mars, elle présente un état d'asthénie avec confusion mentale onirique. Lorsqu'on l'interroge sur les troubles qu'elle ressent, elle esquisse un sourire vague et répond « c'était la tête ». Se plaint d'avoir des cauchemars : elle voit fréquemment des serpents, et ajoute avec un sourire « j'ai vu une belle chemise en toile d'avion bleue ».

D. — « A quelle date ? »

R. — « Je n'ai pas vu tout cela le même jour. »

D. — « Avez-vous jamais eu d'autres visions ? »

R. — « J'ai eu des reproches ».

D. — « Pourquoi ? »

R. — « On me reprochait de me laisser tenter par le démon. Je l'aimais alors que je n'en avais pas le droit ».

D. — « Comment l'aimiez-vous ? »

R. — « Sous la forme maternelle ».

D. — « Comment vous est-il apparu ? »

R. — « C'était un Satan. Il me tente toujours, il est toujours dans mes rêves ».

D. — « Vous rêvez souvent ? »

R. — « J'ai toujours été rêveuse, je suis tombée dans le rêve parce qu'on a mis quelque chose dans mes aliments. »

On ne peut lui faire préciser de quoi il s'agissait, puis toujours souriant, elle déclare sans motif « le diable, c'est moi ».

Les nuits suivantes, elle continue à rêver, se trouve dans un jardin, voit la surveillante du service comme un squelette.

Orientation imprécise dans le temps et l'espace.

La malade se montre calme, n'apporte aucun intérêt à ce qui se passe autour d'elle, elle paraît plongée dans la rêverie.

Appareil pulmonaire.

Tuberculose bi-latérale à prédominance droite.

Submatité aux sommets, craquements à droite.

La Radiographie montre une infiltration cotonneuse irrégulière des deux champs pulmonaires.

Examens de laboratoire.

Crachats. — B. K. positif.

Intra-dermo réaction à la tuberculine au 1/1/000+

Liquide céphalo-rachidien.

Albumine : 0,18. Cellule de Nageotte : 0,4 Vernes résorcine : 5.

Inoculation au cobaye négative.

Culture négative sur milieu de Loëwenstein.

Sang. — B. W., Kahn, Meinicke négatifs.

Bilirubine : 12 milligrammes. Cholestérol : 0,795.

Azote total non protéique : 0,38.

Urée sanguine : 0,25.

Numération globulaire.

Hématies : 4.236.000.

Leucos 8.600

Formule leucocytaire : Polys : 87 %. Grands Monos 2 %. Moyens Monos 6 %. Éosinos 2 %. F. de transition 2 %.

Hémoglobine : 78 %.

Urines : Bloc xantho-urique : 0,632. Urée : 33 grs. 71.

Raymonde offre, dans notre série de cas, le type le plus pur de confusion mentale onirique. Sur un fond d'asthénie qui la rend malpropre, négligente de sa tenue, la rêverie absorbe tout le psychisme de la malade. Elle-même pense qu'on la plonge dans de beaux rêves en mettant des substances toxiques dans ses aliments. Elle ne s'en émeut pas. De même c'est avec un sourire voilé d'insouciance que Raymonde dit être le diable, avoir connu et aimé le diable. Les idées érotiques se fondent avec les idées de possession. Les reproches qu'elle se fait ou qu'elle attribue à l'ambiance n'entraînent chez elle, à l'heure actuelle, aucune réaction mélancolique ni persécutive. L'obnubilation intellectuelle domine l'ensemble et détache la malade du présent.

Ce tableau se trouve en rapport avec la tuberculose pulmonaire bi-latérale diffuse, actuellement en pleine évolution, vers la constitution d'excavation multiples. La confusion est

apparue plus de deux ans après le début du processus tuberculeux qui est allé en s'aggravant peu à peu. L'extension des lésions, l'amaigrissement, l'hypotension artérielle, la suspension des règles traduisent l'imprégnation tuberculeuse profonde dont l'état onirique nous paraît bien constituer aussi l'expression.

OBSERVATION N° 19 (personnelle)

Cas... Andrée. 33 ans, mariée, entrée le 11 avril 1937.

Tuberculose pulmonaire à évolution lente. Constitution progressive de la psychose, fond confusionnel, début hallucinatoire discret dépression, évolution chronique.

Antécédents héréditaires : néant.

Antécédents collatéraux : une sœur bien portante, mariée, mari en bonne santé, un enfant de six ans atteint d'un pied bot congénital.

Antécédents personnels : réglée régulièrement à 14 ans. Nous tenons de sa famille « qu'elle était nerveuse, se mettait en colère dès qu'elle éprouvait une contrariété, l'écume lui montait aux lèvres. » Elle obtient son certificat d'études primaires. Absence de renseignements précis sur le début de la tuberculose et des troubles mentaux.

Néanmoins il s'agit d'une tuberculose pulmonaire ancienne et c'est à l'occasion de l'évolution actuelle que l'épisode hallucinatoire et mélancolique s'est manifesté progressivement depuis 1933. Dès le début la malade se plaint d'avoir les poumons atteints. Jamais auparavant, on n'avait eu à soigner son état nerveux, mais toujours son affection pulmonaire. D'après le mari : le début des troubles mentaux a été marqué par des odeurs, des visions et goûts imaginaires, des sensations pénibles dans le corps.

Le certificat d'internement du 7 août 1937 établit que :

« Mlle Cas... Andrée, présente un état mélancolique. Entrée dans
« le service le 14 juillet avec un état confusionnel et fébrile. Persis-
« tance d'un élément subconfusionnel avec incertitude de la mé-
« moire et de l'orientation. Attitude mélancolique, tristesse, pleurs,
« inquiétude diffuse. Tuberculose épisodique, opposition, instabilité
« de l'humeur. Restrictions alimentaires. Etat général médiocre.
« Gros amaigrissement. Bacillose pulmonaire ancienne. L'état psy-
« chopathique de cette malade nécessite son internement dans un
« asile d'aliénés.

A son entrée, la malade répond difficilement à l'interrogatoire. On peut seulement obtenir d'elle « qu'elle est fatiguée ».

Elle garde une attitude figée puis, soudain, sans raison apparente se met à pleurer brusquement : « personne ne m'a fait de mal, je ne sais pas si on m'en veut ».

Opposante et anxieuse pendant l'examen.

Évolution de l'état mental.

Etat tout à fait stationnaire, reste renfermée en elle-même, parle parfois seule à voix basse. On ne peut prévoir d'amélioration prochaine.

Appareil pulmonaire.

L'examen clinique (11-8-37) décèle une diminution de sonorité, une diminution du murmure vésiculaire aux deux sommets, respiration rude à la base gauche.

La radiographie (13-8-37) montre une infiltration bi-latérale des deux sommets sans image cavitaire.

L'évolution montre une aggravation croissante où la radiologie enregistre « une grosse cavité sous claviculaire droite. Infiltration diffuse des 2/3 supérieurs du poumon droit ». L'infiltration à gauche semble « avoir régressé ».

Un pneumothorax tenté à droite à deux reprises différentes les 14/12 et 21-3-38 ne peut être réalisé : le décollement est impossible.

État actuel.

Pulmonaire :

L'examen clinique révèle seulement des craquements dans le tiers supérieur du champ pulmonaire droit.

La radiographie pratiquée le 30-3-39 indique un nettoyage pratiquement total du poumon gauche. A droite, la caverne a diminué et la partie la plus inférieure de la zone infiltrée a régressé.

Mental.

La dépression mélancolique persiste. Semi-mutisme. Au cours de l'interrogatoire, nous notons la lenteur des réactions intellectuelles et la sédation partielle de l'état confusionnel. Cependant, elle présente quelques hallucinations auditives et visuelles.

« J'écoute ce qui vole. La voix des airs me dit de prendre l'air, de prendre la vie des champs, de respirer l'oxygène de l'air pour me guérir « de temps en temps, je vois des photos en image, des droites, des couchées. »

D. « où les voyez-vous ? »

R. « Je les vois par terre. C'est Kodak qui me les montre. »

La malade est bien orientée dans le temps, dans l'espace. Son visage s'éclaire un peu quand on lui parle de son petit garçon. Elle veut sortir pour aller dans l'Eure chez des parents.

Quand on l'interroge sur le cours de ses occupations pendant la journée, elle fait des réponses assez bien coordonnées.

Au point de vue général l'amaigrissement continue à s'accroître, la température oscille entre 38° et 38°5, les menstruations sont régulières.

Examens de laboratoire.

Crachats : B. K. +

Intra-dermo-réaction à la Tuberculine au 1/1.000 négative, au 1/100 négative.

Liquide céphalo-rachidien.

Albumine : 0,25, cellule de Nageotte : I. Vernes résorcine : 4.

Inoculation au cobaye négative.

Culture négative sur milieu de LOEWENSTEIN.

Sang.

Bilirubine : 13 milligrammes. Cholestérol : 0,807.

Azote total non protéique : 0,55. Urée sanguine : 0,30.

Numération globulaire.

Hématies : 3.632.000

Leucos : 13.000

Formule leucocytaire. Polys. 78 %, moyens monos 15 %, éosinos 2 %, F. de transition 5 %.

Urines : Bloc Xantho-urique : 0,950. Urée 21 gr.03.

Chez Cas... nous trouvons une évolution traînante du processus pulmonaire et des processus mentaux qui se sont développés sur ce terrain d'imprégnation assez profonde.

Les hallucinations ont marqué le début, mais n'ont pas constitué d'épisode bruyant : elles ont de beaucoup précédé l'internement, celui-ci ne s'est imposé qu'en raison des phénomènes dépressifs, de la résistance aux soins, de l'impossibilité d'assurer une alimentation régulière.

Le fond s'est toujours montré, surtout au début, subconscient avec un détachement de l'ambiance, une imprécision de la pensée, une obnubilation peu profonde. Cette buée

initiale s'est atténuée et aujourd'hui l'orientation théorique est bonne.

C'est ce « flou » du tableau clinique qui nous paraît le plus caractéristique des psychoses des tuberculeuses lorsque le terrain neuro-psychique ne révèle pas de grosses tares. On n'a à faire ni à un délire hallucinatoire constitué, ni à des séquelles hallucinatoires post-confusionnelles, ni à une dépression mélancolique typique, ni à une confusion chronique.

L'esquisse des symptômes répond bien ici par l'imprécision des contours à une imprégnation toxi-infectieuse peu profonde, mais permanente, continue, parallèle au processus tuberculeux qui se poursuit à bas bruit.

OBSERVATION N° 20

Observation due à l'obligeance de Monsieur le Dr DUPOUY.
Br... Paul (28 ans).

Tuberculose pulmonaire évoluant depuis 8 ans. Bilatéralité. Accès de dépression anxieuse avec confusion et hallucinations auditives. Amélioration de l'état mental.

« Le 26 janvier 1937 entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le nommé Br... Paul, 28 ans, teinturier qui nous est adressé par l'hôpital Lari-boisière. Il vient d'un sanatorium qui n'a pu le conserver en raison de ses troubles mentaux que mentionnent deux certificats datés du 23 janvier « Psychose hallucinatoire auditive ». Dangereux à l'heure actuelle pour son entourage. Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse droite. Mélancolie. Tentative de suicide. L. C. R. normal. »

Il est malade depuis 1929. Réformé au service militaire au bout de 17 jours de service, il se marie néanmoins au mois d'août de la même année.

En 1930, il fait une poussée évolutive : toux, expectoration, fièvre, asthénie. Il est traité aux sels d'or (allochrysine). Après deux séries, il est pris de stomatite, de diarrhée, d'éruptions polymorphes. On lui fait un pneumothorax qui ne le soulage pas, puis une thoracoplastie à Tenon. Dès 1930, il ne travaille plus et se fait traiter soit à l'hôpital, soit en sana. Sa femme est elle-même malade depuis environ un an et en traitement à Bligny où on lui pratique un pneumothorax.

Jusqu'à présent, il n'avait pas manifesté de troubles mentaux.

Enfance normale. Ecole jusqu'à 15 ans. Certificat d'études. Cours professionnel de mécanique. Apprentissage dans la teinturerie. Installation à son compte.

Depuis quelques mois, au sana de C... il se sent fatigué et obnubilé. Il ne comprend plus ce qu'il lit (il lit d'ailleurs beaucoup et des livres plutôt abstraits de mathématiques ou d'astronomie), il n'est plus maître de sa pensée, il devient inquiet. Quelques jours avant son entrée, il éprouve un sentiment pénible de malaise général, est pris de palpitations violentes s'accompagnant de paroles distinctes, rythmées à la cadence des battements du cœur. Il entend une voix d'homme qui lui dit « votre femme est malade, elle a une crise d'hystérie, allez immédiatement à Bligny ». Il s'habille dans la nuit, sort, passe par-dessus la porte de l'établissement. Il fait deux ou trois kilomètres, entend à chaque pas « marche, marche. » A un carrefour, il ne se retrouve plus, ne sait plus où il est, fait demi-tour et rentre au sana agité et anxieux.

Le lendemain soir, il entend la même voix lui dire « jette-toi par la fenêtre ou tu seras tué par les gardiens de la paix ». Il monte sur le rebord de la fenêtre mais s'arrête pris de peur. L'anxiété persiste. On le dirige alors sur Lariboisière. Là il continue d'entendre des voix « Va-t-en, va t'en ». On lui dit que sa femme l'attend à la porte. Il cherche à se sauver, s'enfuit à travers les cours : on le retrouve dans un massif, on nous l'envoie aussitôt à l'hôpital Henri-Rousselle.

Dans le service, il entend toujours la voix, elle lui dit de se sauver en chemise dans la rue. Cependant il discute sa nature « ce n'est pas possible vous déclare-t-il qu'elle vienne de l'extérieur, elle doit venir de moi, je ne l'écoute plus mais j'ai toujours quand même tendance à la croire et à lui obéir. » Il rit par moments de ses escapades « C'est vraiment idiot ».

Cependant malgré sa lucidité et son orientation parfaite, il se montre fréquemment inquiet, demande pourquoi il est ici, voudrait s'en aller, est méfiant et bizarre dans ses allures, il rit volontiers sans motifs.

Depuis quelque temps, il a fréquemment des maux de tête. L'examen neurologique est négatif. Des craquements et des râles se font entendre aux deux sommets. Les réactions de B.-W., de Meinicke et de Kahn sont négatives dans le sang. La température est normale, ne dépasse pas 37°.

Devant la persistance de l'anxiété, l'impossibilité de le faire réadmettre au sana et le refus de la famille de s'occuper de lui, nous sommes obligés de rédiger un certificat de placement et de le transférer à Sainte-Anne.

Le malade est hospitalisé pendant quelques jours, puis on le dirige vers Ville-Evrard le 3 février.

Son état mental s'améliore rapidement, aussi le 18 février 1937, le Dr RODIET signe sa sortie « ne présente plus de délire ni d'hallucinations. Il doit être rendu à sa famille qui s'engage à le faire hospitaliser au Sanatorium de Bligny où on lui a réservé une place. Il est tuberculeux à la 2^e période ».

OBSERVATION N^o 21 (*personnelle*)

Mlle Fis... Jeanne, 39 ans, employée de bureau, puis bonne à tout faire, entrée le 13 août 1937.

Mélancolie ancienne et délirante. Caractère timide. Pleurésie en 1931 suivie de diminution des capacités fonctionnelles. Poussée nouvelle en 1936 avec début de l'accès psychopathique. Tuberculose pulmonaire bi-latérale évolutive.

Antécédents héréditaires : Le grand-père maternel serait très violent.

Antécédents collatéraux : un frère mort d'accident, deux sœurs mariées.

Antécédents personnels : apparition des règles à l'âge de 16 ans, règles régulières mais très douloureuses. Arrêt à 36 ans. Appendicectomie en 1920. Était de caractère sage et très timide, très renfermée, a toujours fait preuve d'une bonne conduite, nous dit sa mère. Elle était très appliquée à l'École et avait obtenu son certificat d'études.

Le début de la tuberculose est marqué par une pleurésie droite en 1931. Elle ne put reprendre sa place d'employée de bureau qu'elle occupait depuis quatorze ans et dut se résigner à se placer comme bonne à tout faire.

En décembre 1936, elle fait une hémoptysie, elle est soignée à Saint-Antoine puis dans un dispensaire et en mai 1937 dans un sanatorium. C'est là qu'apparaissent *les premiers troubles mentaux* pour lesquels elle vient consulter à Henri-Roususelle. Voici comment elle raconte le début de ses troubles : « J'étais devenue très peureuse depuis mon hémoptysie, je ne tenais plus à la vie ».

Elle aurait appris vers cette époque le mariage d'un jeune homme qu'elle aurait désiré épouser en 1924 et, qui, alors n'avait pas voulu d'elle.

Le 3 janvier 1937, elle aurait eu une apparition : « Je n'avais pas

la fièvre, c'est vrai ce que j'ai vu, j'ai vu le diable qui me regardait de la fenêtre en face de mon lit. Ceci se passait vers quatre heures du matin. »

Depuis le jour de cette apparition, les commerçants l'appellent « Madame ».

A Versailles, une de ses voisines aurait dit d'elle « c'est une sorcière », et depuis ses compagnes jetaient sur elle leurs polochons. »

Évolution.

De l'hôpital Henri-Rousselle, elle est placée à Sainte-Anne le 11 août 1937 par le Docteur PICHARD, « présente un état dépressif atypique. Dépression. Tristesse. Anxiété diffuse. Obnubilation psychique avec difficulté de s'exprimer, vagues préoccupations hypochondriaques. Éléments discordants, attitude inerte, indifférence, bradykinésie et tendance à la conservation des attitudes. Idées de suicide passives. « Elle voudrait être morte ». Etat dépressif depuis six mois environ. Bizarreries du comportement, s'est enfuie d'une maison de Versailles pour venir se réfugier à Henri Rousselle. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés ».

A son entrée à Maison Blanche le 13 août elle se montre anxieuse, elle manifeste des idées hypochondriaques et d'incurabilité « j'ai des boutons dans les oreilles, c'est la syphilis, ma langue est rétrécie, je ne peux plus vivre, j'aime mieux mourir. »

Obsession à thème sexuel « on ne peut regarder personne sans penser à l'attitude qu'il a pendant le coït ».

Les mois passent sans apporter d'amélioration. L'anxiété est extrême, en décembre elle prétend qu'elle est la cause de tous les malheurs qui arrivent, c'est de sa faute si ses voisins toussent, vomissent, font des hémoptysies. On l'isole dans l'espoir de lui faire abandonner ces idées, il ne se produit pas de changement. Elle répète sans cesse : « Je veux mourir », refuse de s'alimenter aussi doit-on la nourrir pendant une quinzaine de jours à la sonde.

Dans le service, elle ne cherche pas à s'occuper, fait preuve d'indifférence vis-à-vis du personnel et de ses compagnes, « n'aime pas la société ».

Etat pulmonaire.

Elle présente une tuberculose pulmonaire bi-latérale évolutive avec excavation du sommet droit. Le 13 août 1937, l'examen physique montre une diminution de sonorité au niveau des deux sommets en arrière. Bacilloscopie positive. La radiographie révèle une

infiltration massive du Poumon droit sur presque toute la hauteur avec deux ou trois petites cavités apexiennes bien individualisées.

A gauche, infiltration du 1/3 supérieur avec deux images d'aspect cavitaires sous-claviculaire.

Le 24 novembre 1938 même aspect un peu plus accentué. On ne peut pas tenter la collapsothérapie.

Le 2 janvier 1939 léger nettoyage de la plage pulmonaire droite. Régression nette au niveau du sommet gauche avec diminution de l'une, effacement de la surface de l'autre.

Etat actuel :

Pulmonaire : L'examen somatique décèle seulement de la submatité au sommet gauche.

La radiologie faite le 3 mars 1939 montre une amélioration. Les images imprécises se sont transformées en dessein d'une trame fine.

Mental.

Le comportement s'est amélioré pendant les premiers mois de 1939. Elle s'est créée dans son milieu quelques relations, par instants cherche à se rendre utile, malheureusement son état mélancolique persiste toujours aussi profond, quand on prend de ses nouvelles, elle répond : « Je ne peux pas rester ici parce que je suis en train de tuer la petite à côté (il s'agit d'une jeune fille de 18 ans dont l'état pulmonaire et mental vont en s'aggravant rapidement. Cachexie terminale). A chaque fois qu'il me sort de l'anus comme un peu de vent, elle se met à crier, c'est donc qu'elle sent quelque chose. ».

Au cours de son récit, M^{lle} Fis... s'anime, se met à genoux, se prend la tête entre les mains, sanglote tout en disant par phrases entrecoupées : « si l'on ne peut pas me condamner à mort, je voudrais qu'on m'enferme dans un cabanon pour qu'on m'y laisse mourir... j'aime mieux qu'on me condamne à mort que tuer les autres tout le temps. »

Demande qu'on l'emmène « je vais me trouver mal, il faut que je me tue. » Pendant quelques instants, nous réussissons à la détourner de ses préoccupations. Interrogée sur les événements antérieurs à son internement, elle se relève, s'assied sur son lit et d'une voix calme raconte son histoire, « j'avais été consulter à Sainte-Anne parce qu'au sanatorium de Versailles, les autres se sont aperçues que j'étais drôle. On m'a soigné à Sainte-Anne et ils m'ont laissé partir parce que je n'étais pas folle. »

D : « Comment vous est apparu le diable ? »

R : « C'était le 3 janvier, juste devant la fenêtre, j'ai vu la physionomie, cela m'a fait baisser les yeux, j'ai vu comme un ventre

qui n'aurait pas de peau, comme s'il n'y avait que les intestins. » Par gestes, elle mime que ces intestins se rétrécissaient.

A ce moment de l'entretien, elle se remet à gémir, « c'est depuis ce temps là que je tue tout le monde, je veux qu'on me coupe la tête » se remet à genoux et faisant allusion à sa voisine, « je vais devenir folle furieuse si elle meurt. »

Toutes les tentatives pour la réconforter sont vaines.

Examens de laboratoire.

Crachats. — B. K. +

Intra-Dermo-réaction à la tuberculine au 1/1.000 faiblement positive (tardive 12^e jour), au 1/100 nettement positive.

Liquide céphalo-rachidien.

B. W. Kahn, Meinicke négatifs.

Albumine : 0,18. Cellule de Nageotte : 0,4, Vernes-résorcine 3, Inoculation au cobaye négative.

Culture négative sur le milieu de Loëwenstein.

Sang.

B. W., Kahn, Meinicke négatifs.

Bilirubine : 22 milligrammes. Cholestérol : 1,10.

Azote total non protéique : 0,45. Urée sanguine : 0,30.

Numération globulaire.

Hématies : 3.764.000

Leucos : 8.800

Formule leucocytaire : Polys. 75 %. Moyens monos 22 %. Éosino 1 %. F. de transition 2 %.

Hémoglobine 80 %.

Urines : bloc xantho-urique : 0,945.

Urée : 12 gr. 58.

Chez Jeanne Fis... encore, une première poussée pleurétique avait laissé intact le psychisme mais la jeune fille n'avait pu reprendre sa situation ancienne d'employée de bureau dans un grand magasin, elle était restée déclassée, obligée de se placer comme domestique, et cette situation subalterne pénible au point de vue physique, l'était doublement au point de vue moral, chez une petite inquiète, timide, refoulée qui accumulait les déboires. Le mariage manqué de 1924 qui fait le fond du délire actuel symbolise les souffrances multiples de cette grande blessée de la vie.

Lors de la seconde poussée de la tuberculose, le processus

s'est fait extensif, a évolué au niveau des deux poumons et réalisé une imprégnation diffuse. La résistance psychique a cédé et c'est un accès de mélancolie anxieuse qui a éclaté dans le sens de la prédisposition et des sensibilisations accumulées. D'emblée, il a été marqué par des hallucinations visuelles et cénesthésiques auxquelles s'ajoutent depuis lors des hallucinations psycho-motrices intenses. A l'anxiété continuelle fait pendant l'excitation sexuelle avec des préoccupations obscènes et par instants un penchant irrésistible à la masturbation. Toutes deux traduisent l'hyper-excitabilité paroxystique de la sphère vago-sympathique.

Le parallélisme mental et viscéral n'a cessé de se manifester ; une amélioration concomitante de l'anxiété et du poids de la malade pendant les trois premiers mois de l'année n'a pas été durable. Les lésions pulmonaires continuent à s'aggraver, le caractère ulcéreux s'accroît et le poids se remet à baisser.

OBSERVATION N° 22

Ja... Nicolas, 24 ans, (services de M^{rs} les D^{rs} DUPOUY et SENGÈS).

Accès de dépression mélancolique avec préoccupations hypocondriaques à l'occasion d'une nouvelle poussée de tuberculose pulmonaire. Amélioration parallèle de l'état physique et mental.

Le 10 mai 1937, entre à l'hôpital Henri-Rousselle le nommé Ja... Nicolas, 24 ans, maçon que nous internons à l'Asile Clinique le 13 avec le certificat suivant, résumant son histoire clinique.

« *Etat anxieux développé sur un terrain tuberculeux.*

« Préoccupations hypocondriaques obsédantes. Prétend souffrir « de partout, il a mal aux nerfs du cou, à son estomac qui est petit « et nerveux ; il ne digère plus, il a des fourmillements électriques « dans les doigts, il ne peut respirer, il étouffe... Demande continuellement à passer à la radio, réclame des médicaments. Lamentations constantes, il est perdu. Agitation anxieuse. Pleurs. Gémississements. Instabilité motrice. Claustrophobie. Idées de suicide.

« *Accidents tuberculeux datant de 4 ans, avec présence de B. K.* « dans l'expectoration. Traité en sanatorium par pneumothorax. « Rechute il y a cinq à six mois. 2^e séjour en sana ; n'a pu être

« conservé en raison de son état hypocondriaque avec insomnie
« refus d'aliments et idées de suicide. Toux quinteuse. Température
« à l'entrée 38°. Apyrexie actuelle... » D^r DUPOUY.

Le malade ne demeure à Sainte-Anne que cinq jours, le 15-5-37 on le transfère à l'Asile de Vaucluse.

Son état mental va en s'améliorant. Le D^r SENGÈS note :

« une amélioration de l'état névropathique, pourra sans doute
« être réintégré en sanatorium » 30 mai 1937.

Sa sortie est accordée, un mois plus tard à sa femme qui en a fait la demande.

Bien que nous n'ayons pas observé nous même le malade, l'ensemble de l'évolution nous permet d'y retrouver un parallélisme entre les processus physiques et mentaux : très comparable à celui des cas précédents. Une première poussée tuberculeuse, arrêtée par le pneumothorax n'entraîne pas de troubles mentaux.

Lors d'une seconde poussée, avec lésions bilatérales, plus étendues, l'imprégnation tuberculeuse s'accompagne d'un état de dépression, anxiété avec préoccupations hypocondriaques obsédantes. L'amélioration de l'état général va de pair avec celui des troubles psychiques.

OBSERVATION N° 23

M^{lle} Sch... Jeanne, 24 ans. (observation due à l'obligeance de M. le D^r DUPOUY).

Tuberculose Pulmonaire 1936. Troubles psychiques d'apparition récente. Etat dépressif atypique.

« Je, soussigné, D^r Roger DUPOUY, certifie que M^{lle} Sch... Jeanne, « 24 ans, sans domicile fixe, en observation à l'Hôpital Henri-Rousselle, est atteinte d'un état dépressif atypique ».

Tristesse. Inertie. Idées confuses de persécution avec hallucinations de l'ouïe. Elle est entourée de méchantes gens. On l'insulte. Elle va passer devant le Juge.

Réponses contradictoires. Ambivalence. Sentiment d'étrangeté du milieu extérieur.

Cauchemars. Cercueils. Enterrements. Se voit morte dans son lit.

Maniérisme sentimental. Pleurnicheries. Sanglots. Turbulence par intervalles. Schizophrénie probable en évolution.

Malade venant du sanatorium de Chevilly où elle était en traitement depuis septembre 1936 pour une tuberculose pulmonaire. Pneumothorax droit thérapeutique. Symphyse après pleurésie. Mal de Pott lombaire décembre 1936. Zona cervical juin 1937. Amaigrissement progressif depuis août. Troubles psychiques de date récente.

L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés.

21 septembre 1937.

Signé : Dr DUPOUY.

OBSERVATION N° 24

Mr. P... Jean, 59 ans, garçon de café. (Due à l'obligeance de Mr le Dr DUPOUY).

Tuberculose pulmonaire cavitaire. Etat anxieux avec idées de persécution.

« Je, soussigné, Dr Roger DUPOUY, certifie que M. P... Jean, « 59 ans, garçon de café, en observation à l'hôpital Henri-Rousselle, « est atteint d'un état anxieux avec idées confuses de persécution « au cours d'une tuberculose pulmonaire cavitaire (B. K.+++).

« Il y a eu des méchancetés contre lui à Lariboisière, à Cochin « on l'a attaché... Personne ne lui répondait, on faisait l'indifférent, « on parlait de lui couper le cou, on prononçait les noms d'Hitler et « de Mussolini.

« Agitation, tentative de suicide (?) énoncée dans le certificat « de Lariboisière, niée par le malade qui prétend qu'il voulait seulement se raser.

« Très mauvais état général sans température. Escarres. L'état « psychopathique de ce malade nécessite son internement dans un « asile d'aliénés.

Le 3 décembre 1937.

Signé : Dr DUPOUY.

OBSERVATION N° 25 (personnelle)

M^{me} Pas... Francine, 46 ans, Infirmière, veuve entrée en février 1938.

Tuberculose pulmonaire en 1936. Début des troubles mentaux en 1937. Confusion mentale onirique. Idées de persécution et attitude hostile à l'entourage. Infiltration pulmonaire bi-latérale.

Antécédents :

La malade ne consent pas à donner de renseignements détaillés sur son passé. Veuve, elle a une fille qui la visite très rarement. Elle-même a travaillé au Val-de-Grâce en qualité d'Infirmière.

Depuis 1936 elle était en traitement à Cochin, *tuberculose pulmonaire*. On lui aurait fait, dit-elle une thoracoplastie : on n'en trouve aucune trace clinique ni radiologique.

Les troubles mentaux ont débuté à Cochin vers août 1937, sa fille remarquait alors que ses propos n'étaient pas suivis.

Certificat d'internement le 5 février 1938.

« Est atteinte de psychose paranoïaque. Idées diffuses de persécution (on l'a endormie et on en a profité pour lui faire toutes sortes de misères et peut-être pour l'empoisonner). Troubles du caractère. Hostilité. Agressivité. Opposition systématique aux soins et à l'examen, restrictions alimentaires, excitation psychique, cris, quérulence, protestations véhémentes, turbulence. Envoyée de l'hôpital Cochin où elle était en traitement pour bacillose pulmonaire. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés.

Signé : Dr PICHARD.

Etat mental. — Dans son certificat du 6 février 1938, le Dr X. ABELY constate qu'elle « est atteinte d'un état confusionnel sur fond d'affaiblissement psychique, désorientation dans le temps et dans l'espace ».

A son entrée, Francine présente un état confusionnel avec onirisme, « persistance d'éléments confusionnels, désorientation partielle par intervalles » indique le certificat immédiat du Dr GOURIOU le 8 février 1938, elle a des hallucinations, entend à diverses reprises « la voix de sa fille qu'on cache à la cave pour lui faire du mal. »

Evolution.

L'état confusionnel persiste avec de la désorientation dans le temps et un détachement de la situation actuelle. Il se constitue un délire imprécis de persécution, « il y a bien dix ans que j'ai été traitée à Cochin, j'ai une petite fillette qui est joliment martyrisée ».

Croit reconnaître dans la personne de l'interne un malade du 3^e Fiévreur (pendant deux ans, M^{me} Pas... a rempli les fonctions

d'infirmière au Val-de-Grâce) elle ne veut pas démordre de cette idée qu'elle reprend à chaque visite.

Appareil pulmonaire.

A gauche, en arrière, la respiration est rude et soufflante dans la moitié inférieure du champ pulmonaire avec de nombreux craquements et râles fins.

A droite : bruits auscultatoires à peu près analogues.

Retentissement de la voix et de la toux.

La radiographie montre à gauche : « une infiltration à contours imprécis au niveau du sommet avec images de bulles claires laissant supposer l'existence à ce niveau d'un système cavernuleux complexe. »

A droite, au niveau des 2/3 inférieurs, infiltration micro-nodulaire groupée en éventail autour du pédicule inférieur.

Bacilloscopie positive à l'examen direct.

Évolution.

L'état pulmonaire s'aggrave. La radio (7-1-39) en fait foi : « tout le lobe supérieur gauche s'est modifié et présente un aspect dense, opaque, homogène du type atelectasique. Pas de modification des images du côté droit. »

Il nous faut signaler que la malade présentait à son entrée une parésie des membres inférieurs, de l'inertie pupillaire. S'agit-il d'une étiologie spécifique ?

L'examen du Dr BÉGUÉ révèle que le fond d'œil est intact, une atrophie importante de l'iris des deux côtés. Cette atrophie irrégulière laisse des petites zones intactes qui réagissent à la lumière. Iris plat.

Conclusion : a priori, ces lésions sont beaucoup plus probablement en rapport avec une atteinte syphilitique que tuberculeuse.

Dans le sang le Bordet-Wassermann est négatif.

L'étude du L. C. R. pratiquée donne les résultats suivants :

Albumine : 0,20

Leucos : 0,4

Réaction Benjoin Colloïdal 00000.22221.00000

Réaction de Meinicke négative.

Etat actuel.

Pulmonaire : L'examen clinique ne révèle pas de nouvelles modifications. On ne procède pas à un nouvel examen radiologique étant donné l'affaiblissement de la malade.

Mental : M^{me} Pas... se montre le plus souvent agitée, turbulente, refuse par moments de s'alimenter, ne répond pas aux questions posées, parfois hostile à l'égard du personnel : « je vais écrire à Monsieur MOURIER pour vous faire révoquer. Profère des insultes à l'égard du Médecin. Prend un ton agressif vis-à-vis de l'interne « allez-vous en, 3^e blessé, » Ne recommencez pas ce que vous avez fait cette nuit. »

D : « Qu'ai-je fait ? »

R : « S... d » vous avez mangé des crapauds.

« Allez f... moi le camp »

Examens de laboratoire.

Crachats. B. K. —

Intra-Dermo-réaction à la tuberculine au 1/1.000 : positive.

Liquide céphalo-rachidien.

Albumine : 0,18. Cellule de Nageotte : 0,2. Vernes résorcine : 4.

Culture négative sur milieu de Loëwenstein, inoculation au co-baye négative.

Sang.

Bilirubine : 13 milligrammes.

Cholestérol : 1,104.

Azote total non protéique : 0,41

Urée sanguine : 0,25.

Numération globulaire.

Hématies : 3.496.000

Leucos : 26.400

Formule leucocytaire : Polys 81 %. Moyens monos 12 %. Grands monos 1 % Éosinos : 2 %. Forme de transition 4 %.

Hémoglobine : 70 %.

Urines. Bloc xantho-urique : 1,680.

Urée : 36 grs 84.

Nous manquons de renseignements sur le caractère antérieur de Francine ainsi que sur ses antécédents familiaux. Sans doute aurions nous de ce côté quelques éléments intéressants.

Il n'en est pas moins certain qu'elle a gagné sa vie jusqu'au moment où elle est entrée à Cochin pour son état pulmonaire et que les troubles mentaux ont débuté après une année d'hospitalisation.

Ils ont évolué à bas bruit pendant plusieurs mois, « ses propos n'étaient plus suivis », écrit sa fille. Puis l'état confusionnel s'est installé peu à peu avec une désorientation complète, un état onirique avec idées délirantes de persécution portant sur le personnel médical et infirmier. Francine déclame, crie des heures entières, proteste contre les soins qui lui sont donnés, injurie grossièrement lorsqu'on entre dans sa chambre. Il est très probable que le caractère antérieur de la malade dicte la tonalité de ces séquelles qui évoquent maintenant un tableau « paranoïde ».

L'état général demeure mauvais. L'infiltration pulmonaire bi-latérale s'est aggravée depuis un an. L'alimentation est irrégulière. Le poids est passé de 35 kilogs à 28 kgs. Le parallélisme de l'état mental et physique se confirme encore ici.

OBSERVATION N° 26 (personnelle)

M^{lle} M... Marie-Louise, 28 ans, Infirmière, entrée le 12 janvier 1935.

Débilité mentale. Tuberculose pulmonaire. Accès de confusion mentale au cours d'une poussée évolutive en 1935. Stabilisation de l'état pulmonaire. Séquelles psychiques.

Antécédents héréditaires : Mère morte à 39 ans « de chagrin » M^{lle} Mou... nous dit : « Maman est devenue neurasthénique parce que j'ai eu un frère tué à la guerre. Elle l'avait constamment dans les yeux. Elle s'est laissée à l'abandon ayant l'idée fixe du jeune homme qu'elle aimait. Père vivant 59 ans, arthritique.

Antécédents collatéraux : Un frère tué à la guerre, un second mort de scarlatine, un troisième vivant, 22 ans, en bonne santé. Trois sœurs vivantes.

Antécédents personnels : Anémie ? dans l'enfance. Scarlatine, Aurait été réglée à onze ans et demi.

Début de la tuberculose : Pneumonie à l'âge de 18 ans. Traitée pour tuberculose pulmonaire depuis 1931 au sanatorium d'Angicourt, à l'hôpital Laënnec, à Issy. Pneumothorax tenté et abandonné en 1931. Hémoptysies en 1934.

Début des troubles mentaux : Au sanatorium d'Ivry. Le certificat de placement du Dr HAGUENAU, 9 janvier 1935, signale qu'elle présente « un état de débilité mentale ». Elle présente en outre des

poussées coléreuses au cours desquelles elle frappe ses voisines. Dans la nuit du 5 au 6 janvier 1935 elle s'est échappée de sa chambre par la fenêtre.

« Cette malade pouvant devenir dangereuse pour les autres et commettre des actes qui lui soient préjudiciables à elle-même doit être hospitalisée dans un établissement spécial. »

Nous apprendrons à la suite d'une enquête, qu'à l'heure des repas elle menaçait fréquemment ses voisines de table avec un couteau en leur disant qu'elle entendait des voix lui exposant qu'elle était menacée par elles et devait se défendre. »

La nuit elle sautait par une fenêtre et se promenait en chemise dans les allées de l'hospice tout en prononçant des paroles sans suite.

Le jour de son entrée à Maison Blanche, questionnée sur les raisons qui l'avaient poussé à agir de la sorte à Ivry elle raconte que si elle s'est enfuie par la fenêtre c'est à la suite « d'une grande peur » occasionnée par le décès de sa voisine de chambre. Elle affirme l'avoir revue en rêve la nuit suivant sa mort, se demande si son cauchemar n'est pas réel, « C'était peut-être l'impression, car je la connaissais beaucoup ».

Notons qu'elle est désorientée dans le temps et dans l'espace, n'a pas la moindre idée du lieu où elle se trouve ; quand on lui demande la date, elle se trompe de mois, d'année.

Évolution.

Pas d'amélioration des troubles mentaux, tient toujours des propos incohérents. Aucune pudeur, se dévêt facilement pour montrer son ventre qu'elle prétend « gonflé » de matières, elle réclame continuellement des laxatifs. Dans l'ensemble se montre cependant calme et assez docile, cherche à s'occuper et à rendre service, gâteuse par intervalles, sale et désordonnée.

Etat pulmonaire.

13 janvier 1935. Cliniquement, matité du sommet gauche, râles crépitants au même niveau. Signes d'infiltration diffuse à droite. La recherche des B. K. est positive à l'examen direct et après hémogénéisation.

La scopie montre des « lésions bi-latérales avancées. Taches et images annulaires disséminées dans la totalité des deux champs. Sinus libres ».

Évolution.

Une radiographie faite le 24 septembre 1935 révèle « une infiltra-

tion massive des deux champs pulmonaires épargnant légèrement le lobe inférieur droit d'aspect micro-nodulaire flou, prédominant sous forme d'amas dans certaines zones. Pas d'image cavitaire nette ».

L'état général s'améliore. Les règles suspendues peu après l'entrée se rétablissent en novembre 1936.

Au mois de mars 1937 une scopie fait soupçonner une perte de substance à droite au-dessus de la clavicule.

Le 17 novembre 1938, Marie-Louise présente une hémorragie intestinale considérable à la suite de laquelle elle perd 6 kilogs qu'elle rattrape rapidement.

Etat actuel.

Pulmonaire : Cliniquement submatité aux deux sommets, quelques râles au sommet droit. Toux rauque, crachats en assez grande abondance.

La *radiographie* montre « un éclaircissement très net du champ pulmonaire droit moins marqué du côté gauche mais également net. A noter que, dans les régions où se produit cette amélioration, les images antérieurement nodulaires sont transformées en image de tramite. »

Mental : La malade se montre très bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle se rappelle la date des incidents survenus à Ivry. Quand on lui demande « pourquoi avez-vous menacé vos voisines ? » elle répond : « Il m'est arrivé une drôle d'histoire, j'avais « une vieille femme à côté de moi. J'avais un jeune homme en photo « sous une glace, elle l'a cassée, alors je l'ai menacée, c'est tout ».

Au cours de l'entretien, elle se montre puérile, rit niaisement en déclarant qu'elle a trois sœurs bien mariées à Paris, se répand en considérations enfantines sur la situation de leurs maris.

Exprime le désir d'aller au sanatorium de Bligny, car, « là, on a des permissions » et elle irait rendre visite à ses sœurs.

Examens de laboratoire :

Crachats : B. K. : —

Intra-dermo-réaction à la tuberculine au 1/1.000 positive.

Liquide céphalo-rachidien.

Albumine : 0,20 ; Cellule de Nageotte : 0,6 ; Vernes Résorcine : 5.

Inoculation au cobaye : négative.

Culture négative sur milieu de LOEWENSTEIN.

Sang.

B. W., Kahn, Meinicke : négatifs.

Bilurubine : 13 milligrammes.

Cholestérol : 1,235.

Azote total non protéique : 0,58.

Urée sanguine 0,50.

Numération globulaire.

Hématies : 3.872.000.

Leucos : 6.000.

Formule leucocytaire : Polys : 76 %. Moyens monos : 22 %. Éosinophiles : 2 %. Hémoglobine : 80 %.

Urines : Urée : 64 gr. 78. Bloc xantho-urique : 1,60.

Sur un fond de débilité mentale certaine, Marie-Louise a donc présenté au cours d'une tuberculose pulmonaire bilatérale, un accès de confusion mentale. L'existence d'hémoptygies quelques mois avant l'internement paraît indiquer que les troubles mentaux se sont constitués au cours d'une poussée évolutive. Ils se sont manifestés par de la désorientation, de l'obnubilation psychique, des hallucinations, de l'anxiété, des réactions coléreuses.

Actuellement, nous assistons à une phase de séquelles. L'orientation est meilleure, l'inquiétude a fait place à une euphorie puérile. Marie-Louise parle seule, reste assez incohérente, mais elle n'est pas hostile et s'occupe à de menus travaux. Cette amélioration relative répond à celle de l'état général qui en dehors de l'incident brutal que fut l'hémorragie intestinale, s'est stabilisé, ainsi que les lésions pulmonaires.

OBSERVATION N° 27

(Observation due à l'obligeance de M. le Dr DUPOUR).

M. S... Alphonse, 46 ans, valet de chambre.

Apparition d'un épisode onirique chez un tuberculeux osseux et pulmonaire. Guérison de l'état mental.

S... Alphonse, est adressé à l'hôpital Henri-Rousselle le 8 juin 1937. Il vient d'un sanatorium de l'Eure, où depuis son arrivée récente, il montrait une extrême agitation et a fait plusieurs tentatives de suicide.

En 1908, à dix-huit ans, il présente un abcès de l'épaule gauche

qui se fistulise et dure environ deux ans ; il s'agit vraisemblablement d'un abcès froid osseux, l'épaule dut être plâtrée durant un certain temps. Il est réformé au service militaire pour ce motif.

En 1935 il souffre de *bronchites fréquentes* et d'une asthénie très accusée ; il maigrit d'une dizaine de kilogs ; la température ne s'élève pas au-dessus de 37°4. Cet état de fatigue se poursuit jusqu'en septembre 1936 où il est pris d'*hémoptysies*, il va à Bichat où on lui trouve des *lésions du sommet droit* et où il reste six semaines en traitement.

En mars 1937 nouvelle hémoptysie ; retour à Bichat ; envoi en sana fin mai. Là le 6 juin petite élévation de température, 37°8, et *apparition des troubles mentaux* : délire onirique : il voit des nègres, des animaux africains (lions, léopards, serpents, gros oiseaux se promenant dans les arbres), cependant, il n'a jamais été en Afrique. Il entend la voix de sa femme qui crie « au secours, on me tue » ; il est convaincu de la réalité de son délire. Jamais auparavant il n'aurait manifesté de troubles psychiques, n'aurait jamais eu de cauchemars mais seulement et très rarement quelques rêves plus ou moins absurdes. A l'hôpital le délire persiste durant quelques jours : il voit des personnages autour de lui, des nègres travaillant dans un bois, faisant des trous mais ne parlant pas ; il voit des « bestiaux de l'Afrique », lions, zèbres, serpents. Il entend sa femme appeler au secours parce qu'on la bat : « On me tue, on me tue ». Il a peur effectivement qu'on la tue et se montre anxieux : c'est au cours de son anxiété qu'au sanatorium il a cherché à plusieurs reprises à sauter au dehors par une fenêtre.

La température se tient habituellement à 37°5 ne montant à 37°9 qu'un seul jour ; les hémoptysies continuent et dans l'expectoration on peut, après homogénéisation, identifier quelques B. K.

Très rapidement l'onirisme disparaît, et le malade redevient entièrement conscient de ses troubles. Il sort le 15 juin pour retourner en sanatorium.

OBSERVATION N° 28

(Observation due à l'obligeance de M. le Dr DUPOUY).

M. L... Raymond, 36 ans, chauffeur.

Début des troubles pulmonaires en 1931, des troubles mentaux en 1937 : ceux-ci caractérisés par un épisode confusionnel et hallucinatoire.

L... Raymond présente depuis 1931 des signes de *tuberculose pul-*

monaire avec hémoptysies il y a trois ans. Il a été traité à plusieurs reprises dans les dispensaires d'hygiène sociale et en sana.

En 1932 la radioscopie du thorax décelait des lésions manifestes et l'examen bactériologique révélait la présence de B. K. En 1935 la bacilloscopie était toujours positive et la radioscopie montrait à gauche une grosse infiltration des deux tiers supérieurs, à droite une infiltration du tiers supérieur.

Il est sorti il y a deux mois, le 27 avril 1937, du sana de Ch... où il est resté 18 mois et est rentré chez lui. Depuis 8 jours se sont manifestés des *troubles mentaux*, de l'agitation coléreuse avec impulsivité clastique et dangereuse, voulant tout casser et tuer tout le monde, sortant ses meubles sur le palier, brisant des carreaux, frappant sa femme, menaçant de mort les locataires.

D'après sa femme il buvait peu : une bouteille de vin en deux jours ; par contre il aurait toujours eu des troubles du caractère, se montrait autoritaire, grossier, brutal, menaçant. On l'envoie à l'hôpital Bichat d'où ne pouvant être conservé en raison de son agitation, il nous est adressé à l'hôpital Henri-Rousselle le 15 juin : il est confus, halluciné, gâteux ; la température nulle à l'entrée (36°) s'élève peu à peu pour retomber à 37°3. Il ne sait où il est, se croit au pavillon de la viande aux Halles ou bien dans un jardin, il reconnaît faussement les personnes qui l'entourent, prétendant être allé avec elles au Bois de Boulogne ; il prend l'interne du service tantôt pour un pâtissier, tantôt pour un boulanger ; il ignore l'adate, ne se rappelle s'il est ou non marié.

A l'examen somatique on constate des lésions bilatérales : submatité, exagération des vibrations aux deux sommets avec prédominance du côté droit, râles et craquements disséminés.

OBSERVATION N° 29 (personnelle)

M^{me} M..., 34 ans, coiffeuse, mariée, entrée le 26 juillet 1938, sortie le 19/10/38.

Bouffée hallucinatoire subaiguë avec délire d'influence et épisode d'érotomanie médicale, ayant éclaté au cours d'une poussée de tuberculose pulmonaire de moyenne intensité. Entéro-colite muco-membraneuse. Guérison de la psychose.

Antécédents Héréditaires : père, inconnu, mère néphrectomisée en 1926.

Antécédents Collatéraux : mariée, mari bien portant. Dans sa

famille, il y aurait des tuberculeux. Pas d'enfants, deux fausses-couches dont une accidentelle.

Antécédents Personnels : Bronchites dans l'enfance. Réglée à 13 ans. Règles toujours douloureuses accompagnées de céphalalgies, mais régulières, abondance normale. Au point de vue mental, rien n'attire l'attention. Le mari déclare que sa femme avait un caractère très normal.

Début de la tuberculose.

Aux dires de son mari, elle toussait depuis quinze mois environ, mais avait attendu six mois avant d'aller voir un médecin. Le 1^{er} avril 1938, hémoptysie assez abondante à la suite de laquelle elle resta alitée deux mois. Le 6 juin, elle part en convalescence à la campagne se faisant un grand souci d'argent et manifestant un certain chagrin de quitter son mari. Elle revient à Paris le 10 juillet.

Début des troubles mentaux.

Le 13 juillet, M^{me} M... raconte qu'elle ressent un fluide, qu'elle va se marier avec son « docteur ». Ce dernier recevait à dater du 1^{er} juillet des lettres d'amour de sa cliente. Celle-ci entend nettement sa voix « il lui commande de bien manger ou de ne pas manger du tout ».

Lorsqu'elle est auprès de lui, elle ressent des attouchements génitaux. Le 17 juillet, cette femme, d'habitude très sobre, boit deux litres de vin après y avoir mélangé ses potions. Elle donne l'explication suivante de son geste « je me suis sentie mourir et mon fluide m'a dit de boire du vin pour me donner de la vie ».

À la même époque, exprime le désir de « changer d'air », se plaint sans raison plausible « d'étouffer à Paris ». On l'emmène en consultation à l'hôpital Henri-Rousselle et le 19 juillet le Dr DUPOUY l'interne.

« Est atteinte d'une psychose paranoïde développée sur un terrain de bacillose pulmonaire. Syndrome érotomaniacal médical : « croit être aimée de son médecin qui la soignait et elle l'aime. Lettre « d'aveux à laquelle il n'a pas répondu. Sentiments d'influence et « hallucinations auditives. Il lui envoie un fluide pour la diriger. « Transmission de pensée : entend sa voix, compliments, propositions, ordres (elle l'interroge mentalement devant nous). Sensations génitales. Relations sexuelles, à distance. Masturbation en « pensant à lui. Accepterait tout de suite d'être sa maîtresse. Dans « le service, lui écrit : « Je t'aime follement. Dans tes bras, j'ai « connu le vrai bonheur que je n'ai jamais connu de ma vie. L'arti-

« ficiel ne me réussit pas du tout, cela me fait plutôt mal alors que
« si c'était naturel il me sauverait la vie. » L'état psychopathique de
« cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés. »

Évolution :

A son entrée au pavillon sanatorial, raconte pour la première fois que son mari coiffeur de son métier, la trompe avec une de ses clientes et qu'il ne s'en cache pas « je préfère rester seule toute ma vie plutôt que de retourner avec lui ».

Les hallucinations auditives persistent « un docteur me parle, il « me parle surtout de politique. Il voudrait qu'un homme fort gouverne pour que les affaires aillent mieux. Nous avons été tellement « trompés par le Front Populaire ! »

D : Comment vous mettez-vous en communication avec lui ?

R : « Il devine mes pensées, y répond ».

D : Vous l'entendez en ce moment ?

R : « Je l'entends par mes oreilles comme je vous entends. Quand il a un moment de libre, il demande de mes nouvelles : Henriette cela va bien ? Je réponds : « Oui, cela va très bien ».

Lorsque j'ai mal à la tête, je le lui dis et aussitôt je n'ai plus mal.

D : Vous donne-t-il des ordres ?

R : « Trois fois la nuit, j'ai eu envie d'aller à la selle et par trois fois, il m'a dit « vous irez si cela me plaît » et « mon envie passe ».

« Il m'ordonne de faire telle ou telle chose « bébé mange ta bouillie, il le faut » et je la mange. Je n'ai pas d'appétit mais dès qu'il me le commande l'appétit revient. Il sait tout ce que je fais.

« L'autre jour, il m'a demandé de lui chanter quelque chose. Je l'ai fait, j'ai chanté « la Passagère » et un passage de « Ramona ». Elle a également des hallucinations olfactives. Lorsqu'on lui demande si elle perçoit parfois des odeurs, elle répond « oui, hier j'ai senti pour la première fois une odeur d'œillet fané ».

Nous notons au hasard, que le 28 /7, elle parle à ses voix, croit toujours que son médecin lui envoie un fluide pour la diriger.

Le 10 /8 /38 le Dr DEMAY signale « que le délire d'influence serait atténué depuis l'hospitalisation. La malade conserve toutefois ses convictions délirantes, se montre calme et se comporte de façon correcte ».

État pulmonaire :

L'examen somatique pratiqué à son entrée le 26 /7 révèle à gauche, en arrière, de la submatité au sommet des craquements, une dimi-

nution du murmure vésiculaire dans le reste du champ pulmonaire. *A droite*, en arrière : respiration soufflante à la partie moyenne.

La radiographie du thorax montre :

Une infiltration et réaction scléreuse de la région péri-scissurale droite avec perte de substance étendue depuis l'aisselle jusqu'au 1.3 interne sur lequel se groupe une série de géodes.

A gauche, des traînées grisâtres recouvrent également la région péri-scissurale.

Examen de laboratoire :

Crachats : B. K. +

B. W., Kahn et Meinicke : dans le sang.

L'état mental de la malade va en s'améliorant, « elle a moins de voix », les hallucinations disparaissent progressivement. Henriette M..., très calme, de caractère agréable, s'entretient normalement avec ses compagnes ainsi qu'avec le personnel. Elle se rend compte du caractère morbide des sensations étranges qu'elle a éprouvées.

Au point de vue physique, elle s'améliore sensiblement : le poids passe de 46 kg. 500 à 48 kg. 600, mais les lésions pulmonaires sont loin de s'atténuer. La température oscille entre 37° et 38°. Le 4 septembre, elle présente une crise aiguë d'entéro-colite muco-membraneuse avec vomissements, ventre dur, constipation. Elle a d'ailleurs toujours présenté des phénomènes entéritiques.

Le 17 septembre, en raison du bon état mental, la bouffée délirante hallucinatoire pouvait être considérée comme guérie. Henriette M... est remise en liberté.

— Chez cette jeune femme de 34 ans, apparaît en somme au cours d'une poussée tuberculeuse évoluant déjà depuis plusieurs mois et marquée il y a trois mois par une hémoptysie, un délire d'influence avec érotomanie médicale. Le cas est fréquent dans nos observations et nous allons le retrouver plusieurs fois de suite.

Jamais Henriette Mu... n'avait présenté d'épisodes psychopathiques, néanmoins, la nervosité de son tempérament s'est toujours marquée par des phénomènes d'entéro-colite muco-membraneuse et le mari plus âgé que la malade d'au moins une quinzaine d'années, fournit sur la frigidité sexuelle de sa femme quelques indications utiles pour expliquer l'apparition chez elle de thèmes érotiques.

Néanmoins, il semble bien que la tuberculose apporte ici

le facteur de labilité sans lequel Henriette n'aurait pas versé dans la psychose. Ici l'imprégnation est moyenne mais prolongée. La résistance organique n'est pas vaincue comme dans les observations précédentes. L'état général va s'améliorer de façon sensible. Dès l'hospitalisation, le délire régresse. Sa phase active n'a duré en somme qu'une quinzaine de jours. La disparition est plus lente mais paraît complète.

La malade se rend compte qu'il ne s'est agi dans toute cette affaire que d'un rêve... Peut-être en regrette-t-elle l'irréalité et l'impossibilité, néanmoins elle se montre heureuse et reconnaissante de tous les soins dont son mari ne cesse de l'entourer.

La guérison psychique médicalement parlant, semble réelle. Le tableau clinique se réduit ici à un délire d'influence transitoire. Les éléments confusionnels et anxieux, prédominants dans les imprégnations massives, sont réduits à leur minimum.

Nous allons les voir réapparaître dans les cas suivants :

OBSERVATION N° 30 (personnelle)

Mlle S... Anna Maria, 18 ans, entrée le 2 juillet 1938.

Tuberculose pulmonaire fibreuse bi-latérale. Délire d'influence à thème érotomaniaque. Évolution vers une psychose de compensation affective.

Antécédents héréditaires : La mère est nerveuse. Le grand-père paternel est mort à 49 ans d'une embolie. Aucun antécédent tuberculeux ni psychopathique n'est indiqué.

Antécédents collatéraux : cinq frères vivants « bâtis en athlètes » dit le père.

Antécédents personnels : Rougeole à neuf mois. Réglée à l'âge de treize ans 1/2 régulièrement. D'un caractère doux et bon, affectueuse et sociable, intelligente, elle a obtenu son certificat d'études.

Le début de la tuberculose, est marqué par une bronchite à seize ans et demi. A la suite de sa bronchite elle fit une « tuberculose fibreuse bi-latérale » nous dit son père et fut envoyée dans un sanatorium d'Hauteville. Elle y présenta des hémorragies intestinales et des troubles des règles.

Le début des troubles mentaux, a lieu brusquement alors que la malade se trouve au sanatorium d'Hauteville depuis sept mois.

« Avant son départ, pour le sanatorium elle n'a jamais eu de troubles mentaux », et d'après les renseignements fournis par sa famille « rien ne les laissait prévoir ».

« En sanatorium, elle a exprimé des idées amoureuses envers les jeunes docteurs qui la soignaient, des idées de persécution » tout le monde disait du mal d'elle. Elle manifestait des préoccupations de son état de santé. « La nuit elle avait l'impression même réveillée d'avoir des hommes dans son lit ».

« A longueur de journée, elle entendait des voix : deux hommes lui parlaient, un jeune médecin du sanatorium et son frère, l'un et l'autre lui disaient qu'ils l'aimaient et voulaient l'épouser, ils disaient du mal l'un de l'autre pour se faire valoir à ses yeux.

« Éprouvait la sensation d'être touchée ou frappée par eux et faisait mine de les chasser.

Son père attribue la maladie actuelle à des « idées amoureuses inaccessibles » et à de graves préoccupations de santé.

M^{lle} S... avait fréquemment des crises de larmes et de désespoir dues aux voix et aux visions qui devenaient de plus en plus fréquentes.

Le certificat d'internement rédigé le 29 juin 1938 indique qu'elle « est atteinte de psychose hallucinatoire. Syndrome flou d'automatisme mental, hallucinations auditives et cénesthésiques. Echo de la pensée et de la lecture, dissociation des actes, audition d'injures et de menaces. Idées de persécution pauvres et mal organisées, désigne cependant son persécuteur. Bizarreries de l'attitude. Schizophrénie probable chez une tuberculeuse pulmonaire actuellement en traitement. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés.

Signé : D^r PICHARD.

Évolution.

Lors de son admission au pavillon le 2 juillet 1938, M^{lle} S... très hallucinée raconte une histoire analogue à celle rapportée par son père. Seule différence, elle n'entendait qu'une seule voix d'homme qui lui disait : « Je t'aime » et maintenant « je te hais et te voudrais à la mer, j'en aime une autre. » C'est le fils du médecin du sanatorium.

Elle est désorientée dans le temps et dans l'espace, ignore où elle se trouve, ne sait pas depuis combien de temps elle est là.

Éprouve des hallucinations cénesthésiques « on dirait qu'on m'électrise dans la jambe et sur tout le corps » et des hallucinations olfactives « des odeurs bizarres, mauvaises ou bonnes ».

Elle présente des phénomènes d'automatisme mental, notamment l'énonciation de ses actes et la répétition de sa pensée.

Elle s'alimente mal, son poids tombe de 53 kilogs à 44 kilogs, puis elle devient beaucoup plus calme et dès lors son comportement en témoigne : par moments calme et docile, mais plus fréquemment excitée, turbulente, désordonnée, récalcitrante, méfiante, prétend à tort qu'on lui vole ses provisions, marmotte sans cesse, pleure ou rit sans raison, raconte qu'elle entend des voix qui lui ordonnent « de sauter la grille », se montre indifférente vis-à-vis de ses voisines, déchire ses effets, des draps, sous le prétexte que cela l'amuse vu qu'elle est énervée.

Appareil pulmonaire.

L'examen somatique révèle : à gauche en arrière : matité au sommet, pas de signes à l'auscultation.

A droite : râles disséminés surtout à la partie moyenne du champ pulmonaire.

La radiographie montre « une tramite bi-latérale marquée, gros nodules opaques du lobe inférieur droit ».

Évolution.

Une radioscopie du thorax pratiquée le 25 novembre 1938 montre « une importante accentuation » de la trame du côté droit avec d'assez nombreux micro-nodules dans la région apicale et surtout sous-claviculaire à droite.

« Hile chargé à gauche ».

Physiquement la malade qui allait en s'affaiblissant, se fortifie sous l'influence d'une série d'injections d'antigène méthylique.

État actuel :

Au point de vue général, son état demeure presque stationnaire. Le poids est remonté de 44 kilogs à 48 kgs 400, la tension artérielle faible est de 11-8, les menstruations sont régulières. Elle s'alimente avec difficulté.

Pulmonaire. L'examen clinique est négatif.

La radiographie (30 mars 1939) révèle un « nettoyage, un effacement diffus de la tramite ».

Mental : La malade moins vivement hallucinée paraît édifier un délire imaginatif de compensation : elle est mariée, elle a des enfants.

Les hallucinations auditives persistent toujours : « On me parle toujours, on me démoralise ».

D : « Qui cela ? »

R : « Ce sont des voix qui sont des réalités », « La nuit on est diffamé ici. C'est la maison du scandale. Ce n'est pas la peine de me faire passer pour folle alors qu'on n'y est pas. »

Anna-Maria semble ignorer complètement les médecins du sanatorium. « Je suis mariée. Il est Anglais. Je ne peux donc avoir de pensées amoureuses avec les autres. »

D : « Avez-vous des enfants ? »

R : « J'en ai deux : deux garçons : l'un a 8-9 ans, l'autre 6-7 ans.

D : « Les voyez-vous souvent ? »

R : « Ils ne viennent pas me voir, ils sont avec mes parents. Maman ne me les apporte pas.

Examens de laboratoire :

Crachats : B. K. —

Intra-Dermo-réaction à la tuberculine au 1/1.000 : faiblement positive (tardive 10^e jour) ; au 1/100 très fortement positive.

Liquide céphalo-rachidien.

Albumine : 0,15 ; cellule de Nageotte : 0,2 ; Vernes-résorcine : 2 ; Inoculation au cobaye : négative.

Culture sur milieu de Löwenstein négative.

Sang :

Bilirubine : 17 milligrammes.

Cholestérol : 0,777.

Azote total non protéique : 0,50.

Urée sanguine : 0,30.

Numération globulaire. Hématies : 3.896.000. Leucos : 8.000.

Formule leucocytaire. Polys. : 69 %. Moyens monos : 21 %. Éosinophiles : 10 %. Hémoglobine : 80 %.

Urines.

Bloc xantho-urique : 1 gr. 80.

Urée : 45 gr. 93.

L'épisode psychopathique d'Anna-Maria est nettement secondaire à l'apparition de la tuberculose pulmonaire. Il s'est présenté sous la forme d'un délire d'influence avec érotomanie, hallucinations psychomotrices, auditives, cénesthésiques, olfactives, mais en même temps tendances mélancoliques, idées de suicide et légère obnubilation intellectuelle qui se traduisait à l'entrée par la désorientation

dans le temps et dans l'espace et qui, depuis lors, s'est faite bien plus floue.

Les premiers mois ont été marqués par des poussées hallucinatoires nettes avec dépression, tristesse, insuffisance de l'alimentation, idées d'évasion, perte massive de poids, puis tout s'est fixé dans un mode majeur. La Tuberculose pulmonaire fibreuse peu active a sensiblement régressé sous l'influence du traitement à l'antigène méthylique. L'état hallucinatoire persiste discret, mais il se développe un délire de compensation dans lequel l'imagination a sa part. La légère buée confusionnelle a atteint le sens du réel et Anna-Maria dans le monde virtuel couronne le roman érotomaniac par la fondation d'une famille. Elle y retrouve avec une certaine satisfaction de ses tendances profondes un peu de calme qui permettra peut-être une nouvelle amélioration physique.

OBSERVATION N° 31 (personnelle)

Mlle T... Renée, 28 ans, dactylographe, entrée le 26 juillet 1938.

Tuberculose pulmonaire fibreuse. Pneumothorax en 1931. Psychose d'influence avec délire de compensation. Thème politique « la doctrine Sandiste », tendances migratrices.

Antécédents héréditaires : Mère 49 ans, bien portante. Père décédé à 45 ans par suite des privations de la guerre (avait été en captivité).

Antécédents collatéraux : une sœur de 19 ans, un frère de 27 ans en bonne santé.

Antécédents personnels : rien à signaler avant le début de sa tuberculose.

Début de la Tuberculose : se place vers 1931 où Renée fait au sanatorium d'Hauteville un séjour de six mois, on pratique chez elle un pneumothorax qui fut entretenu pendant six ans.

Le début des troubles mentaux, est certainement postérieur. La malade a travaillé jusqu'en octobre 1936. Originaire du Jura, elle fait une fugue à Montauban, où elle est arrêtée en janvier 1937 pour vagabondage. Un certificat de l'hôpital psychiatrique de cette ville délivré le 6 mars 1937 mentionne « troubles nerveux caractérisés par « une diminution de l'affectivité, par de l'instabilité de l'humeur, « des idées altruistes de propagande littéraire, des interprétations

« d'hostilité ambiante, des crises d'exaltation intellectuelle, des périodes de suggestibilité motrice avec conservation des attitudes. Cette poussée schizophrénique paraît relever d'une imprégnation toxique d'origine bacillaire et correspondre à une phase nerveuse d'une infection antérieurement pulmonaire. »

Signé : D^r BASTIÉ.

Elle quitte l'hospice de Montauban améliorée le 22 octobre 1937 mais elle continue sa vie délirante. Elle se dénomme « Christiane, fille d'actrice, de la doctrine Sandiste » et vient à Paris en juillet 1938 pour se rendre compte de la situation politique de la capitale.

Évolution des troubles mentaux. Le 24 juillet 1938 M^{lle} T... est internée avec le certificat suivant : « Est atteinte de délire d'influence. Se dit magnétisée par un homme. Sa pensée n'est plus libre. On connaît le contenu de ses pensées. Injures perçues intérieurement. Mauvaises odeurs ou parfums agréables. Réaction récente pour attirer l'attention sur son cas. A escaladé la grille de l'immeuble qu'elle habite. État physique médiocre ».

Signé : D^r CÉNAC.

A son arrivée dans le service raconte qu'elle arrive du Jura par « Auto Stop ». Elle a quitté la maison sans informer sa mère. « Le but de mon voyage était de me rendre compte de la situation politique de la capitale. J'ai été avenue Foch et ai escaladé la grille de l'immeuble N^o 31. Les Agents m'ont emmenée au commissariat. C'est ce que je cherchais. Je voulais voir le Préfet de Police M. Langeron pour qu'il intervienne pour rétablir l'ordre dans la maison que j'habite et où il se passait des choses étranges ».

D : « Lesquelles ? »

R. « On décachetait mes lettres. Je crois que c'est M. Coty ».

Elle se dit menacée « en décembre 1936 une chose que je sais par cœur, je ne peux plus l'exprimer » j'ai manqué d'être assassinée. C'est terrible, ma pensée s'arrête.

Prétend entendre la voix de ses ennemis.

« Permettez-mois de me présenter M^{lle} Christiane fondatrice de la doctrine Sandiste. »

D. « Quelle est cette doctrine ? »

R. « Je ne pense pas vous dire en quoi elle consiste. Excusez-moi... On m'empêche de m'exprimer par magnétisme sans doute. »

D. « Qui vous magnétise ? »

R. « Ce doit être Jean R... président de la Solidarité Française. Mon programme, c'est la réalisation de l'unité politique fran-

çaise ». Tout à coup, elle déclare : « Je ne suis plus moi même... Je m'excuse, c'est désolant ».

Quinze jours après son admission, M^{lle} T... revient sur les déclarations qu'elle a faites à son arrivée. Dans le service, elle a l'attitude d'une personne hallucinée ; tentative d'évasion.

Au mois de septembre, elle conserve toujours ses mêmes idées d'influence, de magnétisme, les mêmes « préoccupations politiques ».

Novembre la voit moins hallucinée (elle s'intéresse davantage à ce qui l'entoure), cependant elle croit que sa mère aussi a été magnétisée « le fait est authentique ».

En réalité, sa famille ne s'occupe plus d'elle, ne répond pas aux lettres et Renée en éprouve une profonde tristesse.

Appareil pulmonaire. L'examen somatique pratiqué le 26 juillet 1938 révèle une matité de la partie supérieure des deux champs pulmonaires avec diminution du murmure vésiculaire.

La radiologie montre une « sclérose bi-latérale des deux sommets avec quelques images en grains de plomb disséminés ».

L'état général va en s'améliorant. La malade reprend du poids : cinq kilogs. Les menstruations sont régulières. La tension artérielle reste basse.

Actuellement.

État pulmonaire : L'examen clinique ne peut être pratiqué, la malade refusant catégoriquement de se laisser examiner. « Vous n'avez qu'à voir ma radio ».

L'examen radiologique ne montre aucun changement.

État mental : Renée traverse une crise de dépression. Elle ne veut pas revenir sur les événements qui lui sont arrivés à Paris. J'ai eu un accident cérébral, j'ai perdu la raison. Je préfère ne pas me rappeler ce qui est arrivé « parce que c'est trop sinistre, c'est un véritable drame ».

Reconnaît avoir été magnétisée, entend des voix lointaines qui ne disent rien de précis, mais la fatiguent.

Déclare que son état pulmonaire est satisfaisant ; opposition pour se laisser examiner.

Quelques jours plus tard, elle se met soudain à pousser des cris aigus puis éclate en sanglots : Ce « sont les gouins qui me parlent ». C'est trop complexe pour vous expliquer. Regardez mon dossier, vous comprendrez. J'ai le cuir chevelu très mobile. Je demande à être examinée cérébralement. Quand je suis arrivée ici, j'avais la tête allégée, mon cerveau dégageait une odeur âcre. J'avais les bras enflés et c'est à force de volonté, en contractant mes nerfs sous l'eau

du robinet tous les matins pendant cinq semaines qu'ils sont redevenus normaux ».

Examens de laboratoire :

Crachats. B. K. —

Intra-Dermo-réaction à la tuberculine au 1/1.000 et au 1/100 : négative.

Sang :

B. W., Kahn, Meinicke : négatifs.

Bilirubine : 20 milligrammes.

Cholestérol : 0,80.

Azote total non protéique : 0,48.

Urée sanguine : 0,30.

Numération globulaire.

Hématies : 3.168.000.

Leucos : 6.000.

Formule leucocytaire. Polys : 70 %. Grands Monos : 1 %. Moyens monos : 20 %. Éosinos : 5 %. F. de transition : 4 %.

Hémoglobine : 80 %.

Urines.

Bloc xantho-urique : 1,680. Urée : 24 gr. 50.

Il s'agit encore ici d'une psychose d'influence, éclos sur le terrain d'une tuberculose pulmonaire scléreuse peu active et ayant évolué vers la constitution d'un délire imaginatif de compensation qui maintenant remonte à plus de deux ans.

Nous n'avons pas de détails sur les manifestations initiales. Cette jeune Jurassienne, au cours d'une fugue hallucinatoire, va se faire interner à Montauban, où elle expose en de nombreux écrits la « doctrine Sandiste » dont elle se dit la fondatrice sous la personnalité nouvelle de Mademoiselle Christiane. Une nouvelle migration l'amène à Paris. Actuellement le contenu de cette doctrine est bien inconsistant : Renée écrit des lettres calligraphiées à Monsieur Coty, à M. Léon Blum, à M. de Rothschild. Elle les invite à la réforme de l'état et à l'union nationale, mais elle ne paraît pas tenir beaucoup à son délire, elle reconnaît avoir eu des troubles cérébraux et confesse que son caractère est devenu très fantasque.

Les phénomènes hallucinatoires paraissent actuellement réduits à de pseudo-hallucinations auditives et à un automatisme mental très flou.

L'orientation est bonne ainsi que l'insertion dans le milieu. Néanmoins Renée parle souvent seule et n'entre pas en relation avec son entourage. Elle reste inquiète et parfois anxieuse ce qu'augmente encore l'isolement social dans lequel la plonge l'abandon de sa famille.

Cette malade représente pensons-nous un stade plus avancé mais très voisin comme structure et comme terrain du cas précédent.

OBSERVATION N° 32 (*personnelle*)

Mlle A... Marie-Thérèse, femme de chambre, 22 ans, entrée le 30 juin 1938.

Délire d'influence à thèmes érotiques et mystiques secondaires à un accès confusionnel. Antécédents héréditaires psychopathiques. Caractère bizarre. Tuberculose génitale depuis 1936. Hystérectomie pour salpingite tuberculeuse en 1937. Développement parallèle de la psychose.

Antécédents héréditaires : Père trépané pour blessure de guerre, à la suite « d'ennuis a fait des troubles du cerveau » qui ont causé son internement à Villejuif où il est décédé six mois après son admission à l'âge de 42 ans. Mère opérée à 35 ans d'un cancer du sein à l'hôpital Tenon.

Antécédents collatéraux : un frère âgé de 12 ans, rachitique, atteint d'arriération mentale, actuellement hospitalisé à la colonie de Vaucluse.

Antécédents personnels : gastro-entérite à 3 ans, diphtérie à 7 ans, réglée à 13 ans, dysménorrhée. En 1936, aménorrhée. Marie-Thérèse a son certificat d'études. Elle était dès sa jeunesse d'un caractère un peu bizarre.

Début de la tuberculose.

Depuis plusieurs mois, elle ressent des douleurs abdominales pour lesquelles elle consulte à la Pitié. On l'hospitalise dans le service du Dr Chevrier (octobre 1937) qui doit se résoudre devant l'état de sa malade à pratiquer une intervention chirurgicale le 17 décembre 1937. Dans le compte rendu opératoire, nous relevons qu'il s'agis-

sait « d'une salpingite bi-latérale. On ne reconnaît pas l'utérus. Libération d'adhérences au cœcum à droite, au colon à gauche. Hystérectomie subtotale par procédé américain. Mickulicz. Fermeture incomplète ».

L'aspect macroscopique de la pièce incite le Dr Chevrier à porter le diagnostic de tuberculose. Le laboratoire confirme la nature des lésions « paroi musculaire criblée de nombreux follicules de Koster avec belles cellules géantes ».

Mlle A... reste en traitement jusqu'au mois d'avril. On lui fait plusieurs séances de rayons ultra-violets pour cicatriser sa plaie qui tarde à se fermer.

Début des troubles mentaux.

Au cours de la convalescence, elle présente quelques troubles d'ordre mélancolique et persécutif puis assez brusquement se manifeste de l'agitation : on la transfère à Henri-Rousselle. Le 6 juin, le Dr Pichard signe son internement :

« Atteinte de psychose hallucinatoire chez une bacillaire. Hallucinations auditives et cénesthésiques vagues, idées non organisées de persécution. On lui fait des rognés sur sa plaie, on la brûle, on parle d'elle en mauvais termes. On cherche à aggraver son état. Soupçonne son médecin traitant. Sub-anxiété psychique. Anxiété diffuse. Vient de la Pitié où elle a subi une laparatomie pour péritonite tuberculeuse. Plaie non cicatrisée et suppuration qui nécessiteraient son transfert au pavillon de chirurgie. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés. »

Évolution des troubles mentaux.

Les Drs NODET, BESSIÈRES, COURBON qui ont l'occasion de l'examiner notent la persistance de ces symptômes.

Le 30 juin, la malade entre au pavillon sanatorial de Maison-Blanche. Elle présente des séquelles d'un accès confusionnel, de l'inquiétude, de la craintivité et dans les jours suivants révèle peu à peu ses thèmes délirants de persécution, d'influence et bientôt de grossesse.

Le certificat de quinzaine 13/7/38 (Dr DEMAY) atteste qu'elle est atteinte « de délire de persécution d'apparence chronique. Interprétations délirantes, les médicaments ont un goût suspect et la rendent malade, tout le monde lui fait du mal. Probabilité d'hallucinations : on l'accuse de prendre la nourriture des autres, on lui perce sa fistule par des courants quand on parle, elle sent des

« gloussements dans le tube digestif, attitude méliante, réticente.
« A maintenir. »

Au mois de septembre, elle se montre toujours persécutée, a peur des rayons, craint qu'on l'empoisonne.

Prétend être enceinte « aussi il faut que je sorte ».

Son comportement est variable suivant les périodes : alternance d'agitation et de calme, hostilité parfois très vive pour la personne qui la soigne et même envers sa mère qu'elle injurie lors des visites.

Appareil pulmonaire.

L'examen clinique est négatif le 30/6/38.

La radiographie montre « une image aux frontières de la normale.
« A peine peut-on noter une très légère tramite, fine. »

Les lésions abdominales.

Au niveau de l'abdomen, on note une cicatrice de laparotomie médiane avec fistule sous-ombilicale laissant échapper des gaz intestinaux et s'écouler une sérosité abondante.

L'état général est médiocre. Refusant de rester allongée, s'alimentant mal, Marie-Thérèse descend de 41 kilogs à 38 en août.

Évolution. La fistule cutanée se sèche, mais en décembre 1938 apparaissent d'abondantes pertes vaginales purulentes que le traitement fait rétrocéder assez rapidement.

En janvier 1938, la graphie pulmonaire montre que l'image n'a pas subi de modification.

La malade reste subfébrile, mais elle se montre plus calme, s'alimente bien et l'état général s'améliore de façon nette, le poids passe de 38 kilogs à 53 kilogs (mars 1939).

État actuel.

Pulmonaire : examen clinique négatif. Radiologique : cliché identique au précédent.

Abdominal : la fistule cutanée reste fermée. Des pertes vaginales persistent, le ventre est un peu ballonné, sans fluctuation.

Mental : M^{lle} A... est orientée mais toujours très délirante. Aux thèmes hypocondriaques et érotiques, s'ajoute un délire d'influence mystique avec sensation de présence continue.

« Je connais les courants. J'ai appris ma physique, j'ai fait ma deuxième année de brevet. Je connais tout cela à fond. »

D. « Vous n'avez rien oublié ? »

R. « J'ai tout réappris ici sans livres. »

D. « Comment ? »

R. (avec un petit air satisfait) « c'est le Bon Dieu qui me l'a appris ».

D. « De quelle façon ? »

R. « Par communication directe. »

Au cours de la conversation, elle tient des propos décousus, incohérents.

« Quand on a des visions, c'est par des voix ».

D. « Comment cela ? »

R. « Cela ne se voit pas et ne s'entend pas, c'est à la senteur comme je me sais inguérissable. »

D. « De quoi êtes-vous inguérissable ? »

R. « De mon estomac. J'ai un ulcère. Un ulcère se produit par Cancer du Foie. »

D. « A quel moment ressentez-vous des douleurs ? »

R. « Si je mange quelque chose qui ne me plaît pas, cela ne va pas. J'ai des maux de cœur. Je ne mange que des légumes, jamais de viande... J'ai peur. »

D. « Pourquoi ? »

R. « La bête qui me mange elle est dedans ».

Puis quelques secondes plus tard ajoute :

« Je n'ai plus peur maintenant, il faut bien que je m'y habitue. »

Elle prétend avoir été visitée à Maison-Blanche par le Dr Gosset qui l'a soignée parce qu'elle avait eu cinq enfants qui sont morts. »

Ainsi le délire de grossesse se termine par l'idée de la mort in utero de fœtus multiples, mais elle n'en a pas trouvé les restes, il aurait fallu pour qu'elle en soit débarrassée, « qu'on l'ouvre par en bas ».

Elle établit des reconnaissances fausses entre un médecin de l'asile et le Dr Gosset. « C'est son sosie, ce n'est pas la même physiologie, pas la même mentalité ».

Réclame sa sortie parce que « le Bon Dieu l'éclaire ».

Examens de laboratoire.

Crachats : B. K. 15/7/38 —

Intra-Dermo-réaction à la tuberculine (au 1/1.000 s'est montrée positive (réaction tardive 10^e jour).

Liquide céphalo-rachidien :

Albumine : 10 centigrammes. Cellule de Nageotte : 1. Vernes-résorcine : 2.

Culture négative sur milieu de Loewenstein.

Inoculation du liquide au cobaye négative.

Sang : B. W., Kahn, Meinicke —

Bilirubine : 13 milligrammes.

Cholestérol : 0,807.

Azote total non protéique : 0,50.

Urée sanguine : 0,20.

Numération globulaire : Hématies : 3.616.000. Leucos : 7.500.

Formule leucocytaire. Polys : 70 %. Moyens monos : 20 %. Grands monos : 1 %. Éosinos : 5 %. F. de transition : 4 %. Hémoglobine : 80 %.

Urines : Bloc xantho-urique : 0,714. Urée : 20 gr. 70.

Nous insisterons ici sur l'importance de la prédisposition psychopatique. Le père est mort aliéné, le frère de la malade est un arriéré rachitique, la malade elle-même présentait d'après la mère, un caractère bizarre.

La tuberculose a apporté le processus évolutif qui sur ce terrain de dégénérescence a déterminé une psychose particulièrement polymorphe. L'imprégnation tuberculeuse était profonde. Les préparations histologiques que nous avons pu voir grâce à l'amabilité de Mr le Dr CHEVRIER, sont lardées de nodules avec des cellules géantes multiples et un an après l'intervention, la suppuration était encore abondante avec un état général tout à fait défectueux. Il s'est amélioré depuis lors et nous avons pu suivre des modifications parallèles de la psychose.

Les renseignements recueillis à la Pitié indiquent dès le début des phénomènes anxieux et hallucinatoires auxquels les certificats d'entrée dans les hôpitaux psychiatriques adjoignent l'élément confusionnel. Celui-ci s'est atténué et à l'heure actuelle il a disparu complètement. Il répondait donc à la phase active de la toxi-infection bacillaire dans laquelle l'état général avait subi une atteinte si profonde.

À cette période appartiennent les hallucinations auditives et cénesthésiques d'ailleurs peu intenses, les troubles psycho-moteurs avec des impulsions et des inhibitions épisodiques, les idées de persécution, l'idée délirante de grossesse. Des illusions, des interprétations multiples y ont ajouté leur contenu.

Depuis lors, la formule s'est modifiée de façon sensible. L'onirisme confusionnel, illusionnel et hallucinatoire a fait

place à une conception délirante d'influence mystique que la malade exprime par des phrases embrouillées traduisant un auto-didactisme récent. Parfois l'expression de son délire frise l'incohérence « l'esprit de sa volonté communique avec son intelligence »... elle a la réflexion des astres « Elle se fait prêter des livres sur « la Création ».

À l'anxiété du début a succédé l'idée hypocondriaque d'incurabilité, énoncée sans tonalité mélancolique. Le délire de grossesse se termine par un délire de rétention de fœtus multiples morts *in utero*, des éléments imaginatifs s'ajoutent aux thèmes premiers pour édifier un délire fantastique. On ne constate pas, actuellement, d'affaiblissement intellectuel.

OBSERVATION N° 33

(Observation due à l'obligeance de M. le Dr DUPOUR).

M. R... Louis, 45 ans, ajusteur dans une compagnie de Chemins fer.

Psychose hallucinatoire chronique survenue chez un tuberculeux pulmonaire présentant des lésions bilatérales.

« M. R... entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 7 mai 1937 avec le diagnostic suivant : « Psychose hallucinatoire chronique, hallucinations auditives, cénesthésiques, olfactives, délire de persécution et de jalousie en voie de systématisation. »

Il est triste depuis plusieurs mois, on lui fait des ennuis au sujet de ses idées politiques. Depuis 3 ou 4 mois il sent un rayon qui se déplace sur sa figure ; ce rayon doit provenir de son entourage, de ses voisins ou de sa femme. Il manifeste une hostilité délirante à l'égard de celle-ci ; il l'accuse d'émettre des rayons par des appareils (lampes électriques, loupes) ; lorsqu'il reçoit le rayon il sent une douleur dans la tête. Il entre en des colères violentes, il gifle sa femme, la frappe, la menace de la quitter, de lui faire son affaire, il l'accuse d'avoir un amant, de vouloir se débarrasser de lui. Il a remarqué en effet, qu'on s'occupait de lui, qu'on le regardait dans la rue, que depuis huit mois on le diffamait, on le traitait de voleur, d'assassin, on veut arracher sa croix de guerre, on dit qu'il ne l'a pas gagnée, on prétend qu'il a tué sa belle-mère. Il répond à des voix imaginaires qui énoncent et commentent ses actes, se plaint de recevoir de mauvaises odeurs.

Il est anxieux, veut se suicider ; il a pris il y a un mois un couteau

de cuisine avec l'intention de se couper le cou, sa femme a dû intervenir et le désarmer. Il a, d'autre part, déposé deux plaintes contre inconnu pour diffamations, l'une le 2 avril au commissariat de la commune où il habite, l'autre le 30 avril, à la gendarmerie d'un petit village de Haute-Savoie où il avait été adressé en convalescence. Il a présenté en effet des lésions pulmonaires et pleurales, après examen clinique et radiologique à l'hôpital Laënnec on l'avait jugé capable de bénéficier d'une cure d'altitude et on l'avait envoyé dans un centre de récupération sociale près d'Annemasse. Mais son état délirant qu'on n'avait pas remarqué s'accroissait là-bas, il s'entendait insulter et menacer et déposait, comme nous l'avons dit, une plainte à la gendarmerie. On le ramène donc à Paris et on nous l'adresse à Henri-Rousselle.

Dans le service il nous expose volontiers son thème délirant. Nous résumons ainsi son observation : Psychose hallucinatoire. Idées actives de persécution mal systématisées. Voix multiples et inconnues, diurnes et nocturnes d'hommes et de femmes. Insultes, accusations, menaces, énonciation des actes. Accuse des spirites, ils lui parlent en spirite, entre haut et bas ; ils lui envoient des rayons à l'aide de machines puissantes et microscopiques dont il entend le moteur et voit les étincelles ; eux-mêmes voient tout ce qu'il fait, entendent ce qu'il dit, se servent de lui et de sa pensée. Hallucinations olfactives épisodiques. Plaintes en diffamation au commissariat et à la Gendarmerie. Discussions avec des camarades qu'il somme de répéter ce qu'ils viennent de dire sur lui et qui naturellement prétendent toujours n'avoir rien dit. Voies de fait : « C'était, dit-il, une pièce montée ». Velléité de suicide par égorgement.

Lésions bacillaires pulmonaires bilatérales. Inspiration rude avec battement de la base droite. Diminution du murmure vésiculaire de la base gauche. Sommet gauche suspect. Apyrexie. Sang négatif.

Ce malade est interné par nous le 10 mai.

OBSERVATION N° 34

(Observation due à l'obligeance de M. le Dr DUPOUR).

M. AB... Jean, 35 ans, comptable.

Idées de persécution survenant chez un tuberculeux pulmonaire de longue date. Nosophobie.

M. A... Jean entre à l'hôpital le 5 juin 1937. Il souffre de lésions pulmonaires tuberculeuses pour lesquelles on l'a soigné, il y a une dizaine d'années à Brévannes, puis, dans les Pyrénées. Une rechute

il y a deux ans l'a obligé d'entrer dans un sanatorium de mai 1935 à juin 1936. A son retour il a éprouvé de gros ennuis, de graves déceptions. Sa place était prise, sa situation perdue ; il n'a pu trouver qu'un emploi inférieur à celui qu'il occupait. Il se laisse déprimer, a des insomnies, de l'inquiétude. Progressivement des illusions et des interprétations délirantes s'esquissent et s'organisent. Il trouve qu'une femme qu'il avait projeté d'épouser a une attitude bizarre, bien des choses tout à fait banales, lui paraissent anormales. Il devient soupçonneux, méfiant, il scrute les lettres qu'il reçoit, y voit « des signes », il craint que les siens ne soient menacés. Il ressent des malaises physiques, des troubles cénestopathiques qu'il n'éprouvait pas auparavant...

Quelques jours avant l'entrée apparaissent des idées plus précises, il croit qu'il est suivi par des gens « du milieu » qui lui veulent du mal, il ne sait pas exactement quoi ; ils voudraient lui proposer de devenir souteneur ou trafiquant de drogue ; sa maîtresse est complice. Il ne se sent pas en sûreté, demande à son médecin de lui procurer une arme, il a l'intention « de vendre chèrement sa peau ». Il cesse son travail, va trouver sa mère, il ne peut plus tenir, il est dans de mauvais draps et va y mettre toute sa famille, on va le martyriser et sa mère avec lui, son frère sera poursuivi par sa faute. Il a peur qu'on l'accuse de vol. Il craint que ses persécuteurs n'entrent par les fenêtres, il n'est pas en sécurité chez lui, il faut se sauver, mais il voudrait au paravant se venger de ceux qui lui veulent du mal.

A l'hôpital il se calme, se rend compte qu'il a grossi et dénaturé les faits, mais il reste déprimé, anxieux, interprétant. Il manifeste toute une série de préoccupations nosophobiques ; ayant contracté il y a quelques temps une blennorrhagie, il s'imagine maintenant que c'est la syphilis ; il éprouve quelques malaises abdominaux, il se croit atteint de tuberculose intestinale ; il ressent de la lourdeur dans les membres inférieurs, il a « des bottes de plomb » aux pieds et redoute une néphrite grave, une tuberculose rénale parce qu'on lui a dit autrefois qu'il avait des traces d'albumine dans ses urines.

Il suppose toujours qu'on le regarde dans la rue, dans l'autobus, ce sont des gens du milieu qui veulent l'entraîner dans un trafic auquel il ne consent pas, lui proposent de faire celui des stupéfiants... Il n'est pas certain, il cherche, il voudrait comprendre.

OBSERVATION N° 35

(Observation due à l'obligeance de M. le Dr DUPOUY).

M. C... Pierre, 32 ans, fumiste.

Psychose schizophrénique. Préoccupations hypocondriaques de zoopathie interne, puis idées délirantes de persécution et de grandeur. Thème interprétatif et imaginatif avec intuitions délirantes. Lésions pulmonaires anciennes traitées en sana par pneumothorax.

M. C... Pierre, entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 18 mars 1937, venant de l'hôpital Bichat. Il est déprimé et hypocondriaque. Il se sent très fatigué et incapable de nous dire pourquoi on l'a transféré ici. A-t-il fait des bêtises ou dit des grossièretés, il n'en sait rien. Il éprouve un ennui profond avec de vagues idées de suicide. Il n'émet pas l'idée franche de persécution mais a eu des idées de possession zoopathique. Il croyait avoir des crapauds dans le ventre, or il n'aime pas ces bêtes là, il a une répulsion insurmontable pour les rats, les crapauds, les cafards ; ces animaux s'associent dans son esprit à des idées « de saloperie ». Quand ces idées se sont présentées à lui, il souffrait de diarrhée et se trouvait à Bichat où il était entré à l'isolement il y a un mois.

Il est en chômage depuis plusieurs mois et très ennuyé que son allocation lui ait été supprimée après alternation et rixe avec un ancien camarade de régiment qu'il accusait de tourner autour de sa femme.

Dans le service il se remet rapidement, abandonne ses idées hypocondriaques, se montre plutôt indifférent, répond parfois à côté de la question.

A d'autres moments, il se montre bizarre, inquiet, préoccupé de sa santé.

Les réactions de B. W., de Meinicke, de Kahn sont négatives dans le sang. Le L. C. R. est entièrement normal, à part une tension de 53. Il n'a pas de température. Nous en faisons un schizophrène encore assez fruste, son affection mentale évoluant sur un terrain bacillaire dont les lésions sont éteintes. Nous le laissons sortir le 28 mars.

Il nous revient le 29 avril, se sentant fatigué et fébrile (la température en réalité est de 36°8), il a besoin de repos, de calme et d'isolement ; il a travaillé à sa sortie du service comme vernisseur de chaises de restaurant, mais il a été repris de diarrhée et d'insomnie. Il se présente, ainsi que la première fois, comme un déprimé inquiet, vaguement hypocondriaque, ses idées de zoopathie interne l'ont

quitté ; mais par contre, nous mettons à jour un gros délire de persécution et de grandeur.

Au cours de son travail de vernissage de chaises de restaurant, il s'est aperçu qu'on lui mettait des bâtons dans les roues pour l'empêcher d'avoir de l'ouvrage. Au restaurant il se méfiait des aliments, avait peur d'être empoisonné (interprétation de ses troubles intestinaux), croyait qu'on voulait se débarrasser de lui, par jalousie pour une femme.

Il sait depuis une vingtaine de jours (par intuition délirante) qu'il s'agit de Mrs Simpson qu'il a connue autrefois dans un sana de Saône-et-Loire où elle était coiffeuse. Elle est milliardaire et va lui obtenir une situation sûre ; c'est elle qui déjà lui procurait mystérieusement du travail. Il n'en dort pas, il pense toujours à elle, voudrait lui écrire, aller la retrouver à Nice.

A Bichat, il n'était pas malade, il est entré tout simplement pour voir si « Francine » viendrait le voir ; elle n'est pas venue. Mais il a remarqué qu'on l'isolait dans une chambre et qu'on ne s'occupait pas de lui. On lui a fait une pression sur la tête, on devait chercher à lui faire entrer les doigts ou un bâton derrière la tête, cela lui a paru louche ; il s'est contracté et défendu. Cela le brûlait à fond le long de la colonne vertébrale quand le médecin l'a lâché en disant à l'interne « je vous le laisse » et en recommandant de lui faire une série de piqûres par « les os ». Ces piqûres lui donnaient un goût d'éther, il avait envie « d'envoyer un marron au type qui les lui faisait » ; il était sûr qu'on cherchait à l'empoisonner.

Son père est natif de l'Ile Maurice, mais il est d'origine Sicilienne ou Corse, il descend des pirates de la Méditerranée. Il doit être un descendant peut-être direct de Napoléon I^{er}. D'ailleurs, à l'hôpital en lui mettant la main sur l'épaule on l'a appelé « Majesté ».

Il se montre parfois déprimé, attristé, en proie à des idées mélancoliques ; il demande à réparer les torts qu'il a pu avoir dans sa vie, il voudrait faire du bien à tout le monde.

Le délire persiste et nous sommes obligé de l'interner à Sainte-Anne.

Physiquement l'état était très satisfaisant. Les anciennes lésions, traitées par pneumothorax en sana, sont cicatrisées.

Évolution et pronostic

En somme, parmi les cas que nous avons observés, l'évolution est très diverse : à côté de guérisons pratiquement complètes aussi bien dans les formes anxieuses qu'hallucinatoires (telle l'observation Mu...) on relève des passages du délire à la chronicité et d'autre part des évolutions fatales.

Il y aurait lieu, croyons-nous, de distinguer deux ordres de facteurs :

D'abord, le pronostic *quoad vitam* est dominé par l'évolution de la tuberculose. Il est à noter d'ailleurs que l'apparition même de la psychose est en rapport avec une imprégnation tuberculeuse traduisant une atteinte sérieuse de l'état général.

Plusieurs de nos malades, lors d'une poussée initiale n'ont présenté aucun trouble mental : il s'agissait d'atteinte pulmonaire localisée, parfois à forme pleurétique ou corticopleurale non extensive, unilatérale, arrêtée par un pneumothorax artificiel. Puis, tout a semblé rentrer dans l'ordre. Ultérieurement, une poussée nouvelle a surgi avec des caractères tout différents : d'emblée atteinte bi-latérale, extensive, inaccessible au traitement, entraînant une imprégnation beaucoup plus profonde avec grosse altération de l'état général. Sur ce fond, la psychose a éclaté.

La séméiologie comporte d'abord : 1) une période subaiguë avec anxiété, hallucinations au moins épisodiques et éléments confusionnels. Il s'agit de confusion mentale onirique, mais comportant toujours un degré assez marqué d'obnubilation, désorientation, besoin de fuite. Presque toutes les malades qui ont dû être internées avaient tenté au sanatorium de s'échapper par la fenêtre. Plus tard, l'élément « obnubilation » s'atténue et cède le pas à l'onirisme. Des idées délirantes plus ou moins floues se constituent. L'érotomanie, bien vue par DE CRAENE, prend pour objet un jeune homme de l'entourage, quelque peu idéalisé, un jeune médecin ou le fils du médecin du sanatorium. L'anxiété cède souvent la place à l'inquiétude ou même à l'insouciance.

Plus tard, l'évolution se montre parallèle à l'imprégnation tuberculeuse. Tout peut disparaître avec l'amélioration générale et pulmonaire, ou bien, dans le naufrage de la résistance organique s'accroît la dépression mélancolique, sans appoint idéatoire. Cette évolution a été, pensons-nous, prise par certains auteurs pour une rémission des phénomènes mentaux. A notre avis, il n'en est rien : les fonctions nerveuses sont sidérées par la toxémie et cessent de faire les frais du délire. L'asthénie profonde, l'absence d'extériorisation s'accroissent jusqu'à la fin.

2) Au contraire, lorsque le processus maxillaire se fait traînant, se perpétue, ou en cas d'amélioration nette, le pronostic psychique est conditionné par le terrain neuro-psychiatrique. Chez les malades non ou peu prédisposés, la restitution « *ad integrum* » peut survenir. Au contraire, lorsqu'existent de lourdes hérédités psychopathiques, le délire s'organise sur le fond paranoïaque ou cyclothymique : il évolue pour son propre compte.

Enfin, dans les imprégnations moyennes et durables, on assiste à des thèmes délirants oniriques de compensation, mystiques ou érotiques, la malade recherche dans une fabulation imprécise des conditions nouvelles d'équilibre dans un monde purement virtuel : l'une dans les visées politiques de la doctrine sandiste l'autre dans la fondation d'une famille imaginaire... retrouvent les satisfactions que la réalité ne peut leur fournir.

Quelles indications thérapeutiques découlent de ces données ? Nous avons orienté notre traitement toujours vers l'état général (calcium, choline, extraits hépatiques) et vers la tuberculose locale (antigène méthylique dans des cas d'évolution scléreuse).

Au point de vue psychiatrique nous avons utilisé contre les hallucinations le valérianate d'atropine que Monsieur VIÉ essaie dans son service et, au point de vue moral, les moyens psychothérapiques habituels : lectures, occupations diverses dès que l'état général le permet.

CHAPITRE IV

LES FORMES PSYCHIQUES DES ATTEINTES CÉRÉBRALES ORGANIQUES

Malgré de nombreuses recherches et vérifications anatomiques, on peut dire que l'on n'a jamais pu établir d'une façon nette des troubles mentaux spécifiques de certaines localisations cérébrales tuberculeuses. Pour MARCHAND une lésion tuberculeuse localisée (plaque de¹ méningo-encéphalite, tubercule enkysté) ne suffit pas à déterminer des troubles mentaux, il faut que des lésions corticales diffuses viennent se surajouter aux lésions localisées).

Il ne semble pas que le Bacille Tuberculeux amène par sa localisation aux centres cérébraux des troubles très différents de ceux produits par une autre infection. BALL avait observé que la méningite aiguë peut aussi simuler l'aliénation mentale dans ses formes les plus violentes et les malades de cette espèce sont souvent dangereux pendant la période active de la maladie.

Nous allons envisager successivement :

- La Méningite Tuberculeuse ;
- Les Tubercules cérébraux ;
- Les Méningo-encéphalites tuberculeuses ;
- Les Encéphalites tuberculeuses anatomiquement constatées ;
- Les Psycho-polynévrites tuberculeuses.

1^o Méningite tuberculeuse proprement dite

Il existe des méningites tuberculeuses dans la symptomatologie desquelles les troubles psychiques tiennent la place la plus importante, ceux-ci peuvent coexister avec les symptômes somatiques habituels de la maladie ou les précéder d'un temps plus ou moins long, parfois ils constituent à eux seuls tout le tableau clinique.

La forme la plus saisissante a été décrite par JACCOUD après BOINET sous le nom de *forme brusque délirante*. Elle évolue en plusieurs phases :

Céphalée horrible d'une durée de 12 à 24 heures,

Coma pendant plusieurs heures, puis éclate le délire, délire violent de parole et d'action, d'hallucinations terrifiantes et professionnelles, accompagné de sueurs abondantes. Ce délire violent ressemble tout à fait au *delirium tremens*. « C'est le tableau, disait WUNDERLICH, de la manie des buveurs ». On le rencontre d'ailleurs surtout chez les alcooliques. Il peut durer cinq jours, puis survient une accalmie de quelques heures à laquelle font suite le coma et la mort.

Tel est le tableau de la *forme délirante*. Fait curieux, elle ne s'accompagne ni de fièvre, ni de troubles du pouls, ni de troubles moteurs, ni de troubles sensitifs, c'est à peine si dans quelques cas on note de la rétention d'urine (JACCOUD).

Parfois elle éclate en pleine santé apparente, sans même avoir été précédée de céphalée (QUINQUAUD).

Parfois elle dure des mois : trois dans un cas de CHANTEMESSE. Mais les états méningés des tuberculeux ne se bornent pas à cette seule forme, ils revêtent une complexité anatomique et clinique, une variabilité extrême. Les divers groupements des phénomènes mentaux observés au cours de la méningite tuberculeuse permettent parfois de simuler certaines formes d'aliénation mentale ; parfois ils se présentent tout à fait isolés, et l'on méconnaît leur nature.

« Un point important, dit CHANTEMESSE à noter dans ces « formes où le délire tient une si grande place c'est que les « vomissements et les modifications du pouls, phénomènes

« bulbaires, sont peu fréquents et comme effacés, la lésion
« de l'écorce cérébrale occupe le premier rang et le détient
« à son profit. Les phénomènes bacillaires, le signe de Ker-
« nig, en un mot tous les grands symptômes méningés peu-
« vent n'exister qu'à l'état d'ébauche. Lorsqu'on les ren-
« contre, il semble exister une sorte d'antagonisme entre
« ces grands signes somatiques et les phénomènes mentaux :
« c'est lorsque ceux-ci s'effacent que ceux-là font leur appa-
« rition.

« D'autre fois aussi les symptômes somatiques coexistant
« sont eux-mêmes anormaux : crises épileptiformes ou apo-
« plectiformes, hémiplegie, paralysie, troubles aphasiques. »

« On voit dans tous ces cas que le problème diagnostique
« devient ardu et compliqué et combien la seule clinique est
« frappée d'impuissance en présence de faits d'une pareille
« complexité ».

Il serait difficile pour lui de comprendre dans une descrip-
tion générale toutes les variétés de troubles psychiques que
peut faire naître la méningite tuberculeuse, chaque malade
est susceptible d'offrir des idées délirantes qui s'éloignent
notablement de celles qu'on y a l'habitude d'observer.

Si, au point de vue symptômes généraux, la méningite
tuberculeuse comporte bien des variétés, au point de vue
des réactions psychopathiques, elle revêt des formes encore
plus diverses et l'on peut dire en ce sens que chaque malade
a une méningite particulière dont l'expression psychopa-
thique est presque toujours conforme à la réaction cérébrale
individuelle, à sa forme mentale personnelle.

Les tares héréditaires, les infections et les intoxications
antérieures du sujet ainsi que les maladies cérébrales et les
traumatismes crâniens jouent un rôle très important dans
l'étiologie des troubles psychiques des méningites tubercu-
leuses.

MARCHAND note que les troubles mentaux diffèrent chez
chaque malade suivant son âge, son caractère, ses tendances
héréditaires.

LE GRAS a rapporté l'observation d'un malade chez lequel
tout se borne pendant huit jours à un état de dépression
mélancolique accompagné d'un délire hypochondriaque très

net. Il n'existait aucun signe somatique de méningite tuberculeuse. Le matin du 14^e jour on le trouve mort dans son lit sans qu'on ait constaté la veille au soir aucune aggravation à son état.

Cette méningite tuberculeuse dont l'autopsie révéla des lésions très caractéristiques évolua donc à la manière d'une méningite tuberculeuse latente et, comme elle, se termina par la mort subite. Seuls quelques symptômes mentaux avaient trahi les altérations.

Dans la thèse du même auteur nous relevons le cas d'un malade qui entre à l'hôpital avec tous les symptômes cardinaux d'une méningite tuberculeuse typique mais, tout à coup et sans cause apparente, il se trouva en proie à des hallucinations auditives et visuelles très intenses, des interprétations délirantes, un état très avancé de confusion mentale, un délire le plus souvent violent s'accompagnant d'agitation furieuse. Cet état dura cinq jours et cessa seulement quelques heures avant la mort. Pendant ces cinq jours les signes somatiques passèrent au second plan de la symptomatologie et ils parurent même s'amender dans des proportions considérables.

A côté des manifestations franches de méningite tuberculeuse, il y a des syndromes frustes et dissociés, des formes larvées dont l'importance en matière de pathologie méningée et nerveuse est considérable. Les malades prennent l'aspect de déments ou de paralytiques généraux et sont enfermés comme tels dans les Asiles : le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie.

CHANTEMESSE et ARNOULD ont insisté sur la très longue durée possible de ces formes psychiques : elles pourraient évoluer pendant deux et trois ans avant l'épisode aigu, toujours rapide qui en clôt l'évolution. Avant la période terminale, il est impossible, au moins cliniquement, de faire le diagnostic, ces troubles psychiques étant à peu près isolés, effacés par les grands symptômes classiques.

Nous ne saurions passer sous silence un cas de méningite de très longue durée observée par LAIGNEL-LAVASTINE, VALENCE et POLACO. Ce cas est remarquable par son début hystériforme, par son évolution de 150 jours, par l'amaigris-

sement extrême de la malade. Dans le liquide céphalo-rachidien on nota surtout au début une dissociation albumino-cytologique importante ; une seule fois on put découvrir des B. K., l'inoculation au cobaye demeura négative. L'examen histologique du cerveau révéla une méningite non folliculaire, fortement organisée avec des réactions inflammatoires subaiguës, des lésions corticales diffuses et intenses.

Il ne faut pas oublier les formes « médico-légales ». Avant les premières manifestations neurologiques, le malade commet des actes délictueux sans qu'on se doute de son irresponsabilité.

De ces quelques considérations ressort nettement le polymorphisme considérable de la méningite tuberculeuse. « Cliniquement dit HUTINEL, il n'y a pas deux méningites tuberculeuses absolument pareilles ».

Nous signalerons encore les prodromes mentaux qui, plusieurs mois à l'avance, annoncent parfois la méningite tuberculeuse. Il s'agit avant tout de troubles du caractère : le caractère change, le malade devient sombre, bizarre, hypochondriaque, rêveur ou hostile. En voici deux cas que nous devons à l'obligeance de Médecins de sanatorium.

OBSERVATION N° 36

(Observation due à l'obligeance de MM. les D^{rs} LUCIEN et MOULIS.

M. B..., 26 ans.

Troubles du caractère précédant une méningite tuberculeuse.

M. B..., âgé de 26 ans, est entré au sanatorium du bois de l'Ours, le 10 février 1937, porteur de lésions ulcéro-fibreuses étendues à la presque totalité des deux champs pulmonaires, mais surtout aux lobes supérieurs, avec plusieurs excavations très nettes.

Les expectorations se sont toujours révélées bacillifères pendant le séjour au sanatorium.

Malgré une cure de repos très stricte, aucune amélioration locale. Seulement, pendant les premiers mois, légère amélioration générale avec prise de poids de 3 kilogs.

Alors que le comportement mental de ce malade nous avait paru normal pendant les premiers mois, à partir de septembre 1937 nous avons noté quelques bizarreries de caractère qui nous ont intrigué :

cela se caractérisait par des sautes d'humeur très brusques. A certaines heures très poli, le malade devenait subitement arrogant. En même temps susceptibilité malade et le malade éprouvait le besoin d'écarter ses impressions, il a même écrit une petite carte au médecin directeur pour s'excuser de ses sautes d'humeur.

Brusquement, fin janvier, fléchissement brutal de l'état général, tout d'abord sans cause apparente, puis, au bout de 8 jours le diagnostic de « méningite tuberculeuse » s'impose et, malgré des injections d'allergine, le malade est décédé le 31 janvier 1938.

OBSERVATION N° 37

(Observation due à l'obligeance de M. le D^r LEFÈVRE).

M^{me} B..., 24 ans.

Troubles du caractère précédant une méningite tuberculeuse.

Entrée au sanatorium C... pour une tuberculose broncho-pneumonique étendue du côté gauche. Elle montre immédiatement un caractère extrêmement difficile qui oblige à lui dire que si la Maison ne lui convient pas, elle n'y est pas prisonnière et qu'elle peut s'en aller.

Elle décide de rester, et il est pratiqué un pneumothorax gauche, assez rapidement efficace. Malgré une amélioration évidente, la malade continue à se plaindre de tout et à tout propos : elle est loin de son mari, elle s'ennuie, elle mange mal, elle a trop chaud, elle a trop froid, la montagne qu'elle aperçoit de sa fenêtre lui paraît insupportable, la cure est une sottise et se flatte d'arriver à faire modifier l'horaire en provoquant un mouvement de protestation générale.

A ce moment, son état de santé est suffisamment amélioré pour que nous n'hésitions plus à la renvoyer aux environs de Paris où habite son mari et où elle pourra faire entretenir son pneumothorax qui s'est révélé très efficace.

Un mois et demi après, nous apprenons sa mort par méningite tuberculeuse.

Il nous semble intéressant d'attirer l'attention sur quelques cas relevés dans la littérature médicale où le Bacille de Koch paraît produire des troubles mentaux typiques.

2^o Tubercules cérébraux

Parmi ces cas, une observation concernant une autre catégorie de lésions nous semble intéressante à citer : celle de DUPRÉ et CAMUS ayant trait à une euphorie délirante et à de l'onirisme chez un phtisique causés par un double tubercule cortico-méningé frontal symétrique.

Un phtisique cavitair de 25 ans, atteint d'abcès froids et de gommes tuberculeuses disséminées multiples présente à un moment donné, un syndrome méningé (céphalée, vomissements, constipation, abattement, troubles vaso-moteurs, léger catatonisme, signe de Kernig, signe de Babinski à gauche) avec lymphocytose céphalo-rachidienne abondante, qui disparaît au bout de quelques jours, avec persistance cependant de la lymphocytose et de l'extension du gros orteil.

A ce moment, le malade accuse des rêves prolongés et fréquents, portant sur sa jeunesse et son adolescence. Puis apparaît progressivement un état d'euphorie continue, qui persiste deux mois, jusqu'à la mort. Le malade se croit guéri, il sourit, il est heureux, ne se plaint jamais ; de plus, il vit en plein subdélire onirique. Il a perdu toute notion de temps et de lieu, et incorpore à son rêve, en les transformant dans le jeu d'une fabulation continue, ses voisins et ses interlocuteurs (médecins, étudiants, infirmiers...) Par des objurgations pressantes, des sollicitations impérieuses, on le distrait momentanément de son rêve et il reconnaît qu'il est à l'hôpital, dans son lit, mais il retombe dans son illusionisme onirique et son euphorie délirante dès qu'on le laisse livré à lui-même.

A l'autopsie : deux noyaux tuberculeux, gros comme des noisettes, superficiels et symétriques occupent la partie postérieure des F 2 devant les scissurs de Rolando : la pie-mère épaissie adhère à leur niveau. Carie du rocher et abcès tuberculeux contigu sous la voûte cérébelleuse. Intégrité des méninges ailleurs. Histologiquement, dans les cellules de l'écorce frontale, fragmentation en poussières des corpuscules de Nissl. Dans la moelle, le Marchi décèle quelques corps granuleux dans les faisceaux pyramidaux.

Dans sa thèse de Bucarest (1936) ORASANU allègue que la tuberculose des centres nerveux est représentée le plus sou-

vent par la forme conglomérée qu'on appelle Tuberculomes. Ceux-ci représenteraient 5 à 10 % des tumeurs intra-craniennes. Les tuberculomes de l'encéphale sont le plus souvent secondaires et se produisent par voie hématogène soit d'un ganglion tuberculeux, soit d'une tuberculose pulmonaire, otique ou osseuse, soit d'une tuberculose d'un organe éloigné.

Sur des sections colorées par la méthode de ZIEHL-NEELSEN on trouve des bacilles tuberculeux surtout à la partie centrale des infiltrations lymphocytaires et dans les cellules géantes mais on ne les trouve jamais dans le parenchyme cérébral qui manque de réaction leucocytaire.

3^o Méningo-encéphalites tuberculeuses

La tuberculose peut déterminer dans les centres nerveux deux ordres de lésions superposables à celles des poumons :

La Tuberculose Folliculaire qui est le plus souvent une tuberculose méningée avec granulations le long de la Sylvienne et lésions minimales de la substance blanche.

D'autre part les *encéphalites non folliculaires*, congestives, thrombosantes et hémorragiques où les granulations sont absentes ou extrêmement rares sur les méninges.

Les premières parsemées de follicules tuberculeux typiques sont les plus fréquentes, les mieux connues et les plus facilement admises ; existence de follicules tuberculeux dans lesquels l'examen microscopique décèle la présence de bacilles.

Les *secondes non folliculaires* sont les plus discutées en raison même de l'absence de signature histologique.

Nous allons tout d'abord résumer « l'étude histologique de la Méningo-Encéphalite tuberculeuse » faite par LHERMITTE en 1910 en ce qui concerne la forme folliculaire, puis les travaux de GOUGEROT sur « l'Encéphalite Aiguë Bacillaire non Folliculaire ».

À l'autopsie d'un malade atteint d'encéphalite tuberculeuse indiscutable, LHERMITTE trouve que « l'hémisphère « droit est œdématié mou presque fluctuant à son centre, pré-

« sente des plaques d'induration au niveau des circonvolu-
« tions centrales ; la pie-mère est un peu épaisse à ce niveau
« et les deux circonvolutions centrales soudées intimement.
« A la coupe, on constate outre les lésions nodulaires de la
« pie-mère, dans le fond du sillon de Rolando, la présence de
« masses caséeuses en pleine substance grise, arrondies et
« consistantes. Certaines se relient par des tractus caséeux
« aux nodules pie-mériens tandis que d'autres apparaissent
« isolés dans le cortex. De place en place des nodules iden-
« tiques piquaient la substance blanche sous-corticale et
« même le Centre Ovale. Dans la pie-mère, en dehors des no-
« dules, il existait de nombreuses granulations tuberculeuses,
granulations grises de date récente.

« Au microscope, les nodules de la substance grise révé-
« laient l'aspect typique de nodules tuberculeux : le centre
« caséeux laissait voir outre de très nombreux bacilles de
« Koch des détritits nucléaires, des masses amorphes de
« noyaux arrondis et des filaments fibrineux. En dehors de
« cette masse caséeuse apparaissait une paroi formée par
« l'intrication de nombreux éléments cellulaires. LHERMITTE
« conclut : étant donné qu'il n'existait autour des nodules
« tuberculeux ni thrombose ni œdème, c'est croyons-nous
« aux toxines émises par le foyer bacillaire qu'il faut attri-
« buer le développement des lésions des cellules nerveuses
« que nous avons constatées ».

En 1909, GOUGEROT publie un travail de la Clinique CHARCOT à la Salpêtrière : « Encéphalite Aiguë Bacillaire non Folliculaire infiltrée dégénérative et nécrosante ».

« L'existence n'est pas douteuse depuis que BOMBICI a
« montré des bacilles dans les lésions d'encéphalite aiguë
« hémorragique non folliculaire ; notre observation en vient
« donner une démonstration nouvelle, car elle a reçu la
« preuve de la constatation directe du bacille dans les lé-
« sions d'encéphalite. L'encéphalite est due au bacille : elle
« est une lésion inflammatoire et non une lésion mécanique
« de contiguïté secondaire à une plaque de méningite car le
« foyer est trop étendu et trop profond. Elle ne dépend pas
« non plus de lésions vasculaires oblitérantes ; en effet,
« presque tous les vaisseaux sont perméables et il faut y

« insister sur les lésions nécrotiques des parois de vaisseaux
« dont la lumière reste perméable et contient du sang circulant ; cette constatation histologique nous prouve que
« la nécrose de ces parois vasculaires ne dépend pas de l'ischémie mais relève d'une action toxique bacillaire.

« Le bacille existe non seulement dans les infiltrats péri-
« vasculaires, mais encore dans les infiltrats diffus non péri-
« vasculaires, dans les zones de dégénérescence et de nécrose
« névroglique, dans les points de ramollissement. Les lésions sont donc dues au bacille de Koch agissant localement à la fois par des toxines adhérentes et ses toxines solubles diffusant localement autour de lui. Il s'agit vraiment d'une encéphalite bacillaire. »

En 1934 LAIGNEL-LAVASTINE et un de ses élèves AMOUR F. LIBER insistent sur l'existence de formes complètement atypiques ou frustes, entre autres des syndromes psychiques, particulièrement chez l'adulte et font justement ressortir l'intérêt de ces formes non seulement au point de vue nosologique mais également au point de vue de la thérapeutique de la tuberculose méningée. Ils présentent l'observation d'un malade atteint en résumé « d'un syndrome de confusion
« mentale, d'obnubilation légère et de bradypsychie sans
« onirisme. En dehors d'une céphalée, il n'y a aucun symptôme méningé.

« Le liquide céphalo-rachidien contient des bacilles.
« L'autopsie et l'étude histologique montrent une méningo-
« encéphalite tuberculeuse diffuse typique avec des néoformations bacillifères non folliculaires. Nous trouvons une
« mobilisation du revêtement lepto-méningé qui se transforme en cellules libres polymorphes d'aspect particulier.
« Le névraxe présente une infiltration péri-vasculaire, une
« réaction névro et microglie, une épendymite granuleuse.
« Il y a une chromatolyse de cellules ganglionnaires, à topographie capricieuse ; lésions qui peuvent bien être en rapport non seulement avec l'atteinte méningo-vasculaire
« locale mais également avec des troubles toxiques généraux,
« en particulier avec l'insuffisance hépatique. »

4^o Encéphalites anatomiquement constatées

Elles peuvent réaliser des types très divers et comme le fait remarquer CLAUDE, de nombreuses toxi-infections banales peuvent produire les mêmes formules histopathologiques d'encéphalite hémorragique hyperplastique ou dégénérative.

En 1909, SÉGLAS rapporte le cas d'une malade atteinte de tuberculose pulmonaire ancienne, d'abcès ganglionnaire récent. Début subit « des accidents délirants qui, après une « courte période de rémission incomplète se présentent sous « deux aspects successifs, d'abord état dépressif avec idées « d'auto-accusation s'accompagnant d'un certain degré de « confusion puis survenant brusquement, état d'agitation « motrice, impulsions, attitude de mouvements systématisés, « verbigeration. Etat général grave. Granulie terminale ».

LHERMITTE pratique l'autopsie, les recherches anatomo-pathologiques prouvèrent que « dans ce cas, il s'agissait « d'une encéphalite dont les lésions portaient surtout sur « les éléments les plus délicats de l'encéphale ; les cellules « nerveuses.

« Dans ce cas particulier, il semble que la tuberculose « pulmonaire subaiguë à laquelle le malade a succombé, « constitue cette infection primitive dont les modifications « encéphaliques auraient été le reflet.

Les auteurs signalent qu'en 1906, LAIGNEL-LAVASTINE a pu retrouver à l'autopsie de sujets atteints de tuberculose subaiguë et ayant présenté des troubles mentaux variés : délire, confusion mentale, psychose polynévritique, des lésions plus ou moins accusées des éléments nerveux corticaux.

5^o Psycho-polynévrites tuberculeuses

Peut-on croire, malgré leur rareté et l'opinion contraire de nombreux auteurs modernes à l'existence de polynévrites

tuberculeuses ? KORSAKOFF lui-même admettait l'étiologie tuberculeuse possible de la psychose polynévritique.

TINEL et Mlle GOLDFLAM ont rapporté en 1912 l'examen anatomique de trois cas de Polynévrite tuberculeuse avec lésions des Cordons Postérieurs survenues chez des femmes jeunes, atteintes de tuberculose cavitaire et sans aucun signe d'alcoolisme : il existait beaucoup plus de sclérose que de dégénérescence contrairement à ce qu'on rencontre le plus souvent dans les autres Polynévrites, la Polynévrite alcoolique par exemple. Dans l'un des trois cas, il existait des lésions des ganglions, des racines et des Cordons Postérieurs de la moelle, il semble qu'on puisse éliminer la coexistence d'un abcès latent car il n'existe pas de commémoratifs de stigmates de syphilis, pas de lymphocytose rachidienne, (BORDET-WASSERMANN —) à plusieurs reprises dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Dans ces conditions concluent les auteurs « on est en droit de se demander si la sclérose des « ganglions et des gaines radiculaires, la dégénérescence légère des racines et des cordons postérieurs ne sont pas « comme la sclérose et la dégénérescence légère des nerfs « périphériques en rapport avec la toxi-infection tuberculeuse. »

PITRES et VAILLARD, dans leur volume classique des « Maladies des Nerfs Périphériques » (1924) décrivent trois formes principales :

La forme à prédominance sensitive au niveau des membres.

La forme à prédominance motrice à topographie radiculaire.

La forme extenso-progressive exceptionnelle prenant le type de la maladie de LANDRY.

En 1931, LEMIERRE, BOLTANSKI et J. BESANÇON, dans leur travail de la revue de médecine, admettent l'existence de Polynévrites Alcool-Tuberculeuses et montrent toute la valeur de la conjonction de ces deux facteurs, « véritable synergie toxique et toxinique ».

De leurs observations se dégage la notion qu'il existe un syndrome clinique méritant légitimement le nom de Polynévrite Alcool-Tuberculeuse. Ce syndrome a été rencontré presque exclusivement chez des femmes (17 cas sur 18 pu-

bliés). Le plus souvent, l'anamnèse établit que polynévrite et tuberculose pulmonaire sont survenues en même temps mais « plus caractéristique est l'histoire clinique de femmes « alcooliques n'ayant jusqu'aux dernières semaines ou même « jusqu'aux derniers jours avant leur entrée à l'hôpital ja- « mais présenté de troubles nerveux ou seulement des troubles « légers mais, chez qui, postérieurement à l'apparition d'une « infection tuberculeuse généralement grave d'emblée, se dé- « veloppe une paralysie des membres inférieurs. Ici, la tu- « berculose apparaît manifestement comme la cause déclen- « chante de la polynévrite. » Les auteurs rapportent sept cas qui peuvent être rangés dans cette dernière catégorie.

Dans leurs observations, il apparaît que « l'atrophie mus- « culaire a été précoce et intense. Elle a, dans certains cas, « précédé l'abolition des réflexes. Ceux-ci, à la période d'état, « étaient supprimés en général seulement aux membres « inférieurs, mais les muscles des membres supérieurs n'en « étaient pas moins remarquablement atrophiés. Tels sont les « points qui rapprochent les troubles moteurs relevés chez « nos malades des polynévrites tuberculeuses. »

« Par contre un des éléments de ressemblance les plus « frappants entre les polynévrites alcoolotuberculeuses et « les polynévrites alcooliques véritables, consiste dans la « fréquence et l'intensité des troubles psychiques qui fait, « dans la grande majorité des cas, partie intégrante du syn- « drome. L'amnésie portant surtout sur les faits récents, la « confusion, la désorientation dans le temps et dans l'es- « pace, une certaine indifférence à leur état présent, parfois « une excitation joviale, des phases de stupeur alternant avec « des périodes d'agitation et de délire hallucinatoire, telles « sont les manifestations dont nous avons été témoins. Leur « accentuation va de pair avec l'aggravation de l'état gén- « ral. »

« Le plus souvent les polynévrites alcoolotuberculeuses « coïncident avec une tuberculose des séreuses : pleurésie, « péritonite, pleuro-péritonite...

« Parfois, la tuberculose pulmonaire qui déclanche indu- « bitablement l'apparition des accidents nerveux chez les « alcooliques, demeure à l'arrière-plan dans le tableau cli- « nique... ».

LEMIERRE, BOLTANSKI et J. BESANÇON concluent :

« L'association si souvent réalisée de l'alcoolisme et de la
« tuberculose constitue une véritable synergie toxique et
« toxinique qui fait comprendre la fréquence du syndrome
« que nous venons de décrire. Dans les services hospitaliers
« très actifs où nous avons recueilli nos observations, il ne
« nous a pas été donné de voir de polynévrite d'origine pu-
« rement tuberculeuse. Mais nous n'avons eu à soigner que
« de rares cas de paraplégies simplement alcooliques. Par
« contre les Polynévrites à la production desquelles colla-
« borent l'alcoolisme et la tuberculose nous paraissent au
« contraire la forme habituelle et de beaucoup prédomi-
« nante. »

Notons enfin que dans 15 cas sur 18, la Polynévrite Alcool-Tuberculeuse s'est terminée par la mort.

Depuis ce mémoire fondamental, citons quelques travaux français et étrangers avant d'arriver à la belle monographie de J. BOUDOURESQUES, élève du Professeur ROGER de Marseille.

Pour FROUMENT, il est très rare de constater des troubles psychiques au cours de la Polynévrite tuberculeuse lorsqu'il n'y a pas association alcool-tuberculose. En tant que polynévrite-tuberculeuse, il décrit :

Une forme trophique.

Une forme vaso-motrice.

Une forme latente.

Une forme avec troubles psychiques du type syndrome de KORSAKOFF.

VERNET rapporte dans sa thèse (1935) l'observation d'un malade chez lequel il a été impossible de mettre en évidence l'apport éthylique malgré une enquête minutieuse. Le sujet présentait des signes cliniques, radiologiques et biologiques indiscutables de tuberculose : il était porteur d'une tuberculose lympho-ganglionnaire propagée à tous les organes lymphatiques thoraco-pulmonaires avec lymphangite et adénite de tout le système cervico-axillaire, médiastinite lympho-ganglionnaire et tuberculose pulmonaire interstitielle (tramite). Le syndrome psycho-polynévritique coïncidait avec les poussées ganglionnaires. Une parésie des

membres inférieurs survenue en même temps que la tuméfaction ganglionnaire : au bout d'un certain temps, celle-ci subit un ramollissement : le pus retiré par ponction montrait la présence de nombreux B. K. Le syndrome de KORSAKOFF évolua ensuite parallèlement à l'adénite et à son cortège infectieux. Le parallélisme entre les deux affections persista au moment de l'amélioration puisqu'on put observer en même temps la régression de l'adénite et l'amélioration de l'état général.

VERNET conclut à la fréquence de l'association alcool-tuberculose,

à la prédominance de la forme ulcéro-caséeuse quand la tuberculose est seule en cause,

à l'existence en cas de psycho-polynévrite tuberculeuse d'un processus dû vraisemblablement aux exo-toxines tuberculeuses. « Ce serait donc bien une toxémie comme l'indiquait déjà KORSAKOFF dans ses publications sur « Une forme de maladie mentale combinée à la névrite multiple dégénérative » et sur « les Troubles Psychiques associés à la névrite multiple ».

Cette question des Psycho-Polynévrites Tuberculeuses est soulevée également à l'étranger. Citons en particulier CARDENAS ; pour lui, la véritable polynévrite tuberculeuse évolue d'une façon identique aux polynévrites toxiques, alcooliques ou arsenicales. L'auteur publie trois observations prises en deux ans par lui-même et ses collaborateurs :

l'une d'elle constitue une démonstration quasi expérimentale de l'intervention des facteurs toxiques tuberculeux par le parallélisme entre l'évolution du syndrome clinique et celle du syndrome neurologique ainsi que la disparition brusque de l'épisode polynévritique à la suite d'un pneumothorax thérapeutique.

CARDENAS passe ensuite à l'étude des symptômes les plus caractéristiques de la Polynévrite tuberculeuse : on note principalement l'exagération des réflexes rotuliens à la période d'état de la maladie, l'hyper-réflexivité idio-musculaire ; enfin, l'absence de flaccidité habituelle dans la dégénérescence toxique et l'empâtement des masses musculaires de la jambe.

1938 voit paraître l'ouvrage de J. BOUDOURESQUES sur les Polynévrites. L'auteur insiste sur le polymorphisme des Polynévrites tuberculeuses, sur le « manque d'autonomie clinique » à l'encontre de ce qu'on observe dans les autres variétés de Polynévrites. Pour BOUDOURESQUES « cette diversité clinique n'est vraiment pas en faveur de l'existence de la polynévrite primitivement tuberculeuse. L'expérimentation n'est pas concluante, l'anatomie pathologique n'a pu mettre en évidence au niveau des nerfs la moindre lésion tuberculeuse (follicules).

« Le doute persiste, il est difficile devant tous ces faits peu concluants d'affirmer l'existence de la polynévrite tuberculeuse. Cependant, quand un interrogatoire serré approfondi, soigneux, renouvelé ne peut mettre en évidence d'autres causes polynévritiques que la tuberculose, il nous semble qu'on est en droit de penser à la « possibilité » de polynévrite tuberculeuse.

« Un seul critère existe pour discuter l'origine tuberculeuse ou non d'une Polynévrite, c'est le critère étiologique. Certaines observations correspondent à ce critère : ce sont celles de CROUZON, BERTRAND, CHAVANY et FROUMENT ; celles de LEREBoullet, HEUYER, et GOUNAY ; celles de CROUZON, JUSTIN BESANÇON et DE SÈZE ».

BOUDOURESQUES rapporte l'opinion de son maître le Professeur ROGER qui n'a jamais eu l'occasion d'observer de polynévrite dans laquelle le facteur tuberculeux soit seul en cause.

RIST enfin n'admet pas l'étiologie tuberculeuse, « La tuberculose est une affection si fréquente, si commune que sa coïncidence avec un cas isolé de polynévrite ne constitue pas véritablement la preuve d'une relation de cause à effet. Certes, l'alcoolisme n'explique pas toutes les polynévrites et il en est dont la cause reste mystérieuse, mais cela ne suffit pas pour incriminer la tuberculose. »

Il faut donc se défier, ici, d'une façon toute particulière, du jeu des coïncidences.

Nous apportons aux débats les deux observations suivantes :

OBSERVATION N° 38 (personnelle)

M^{lle} B... Micheline, 40 ans, employée des P.T. T., entrée le 12 novembre 1938.

Psychose polynévritique, excès alcooliques minimes, tuberculose pulmonaire très discrète. Évolution favorable. Discussion de l'étiologie.

Antécédents héréditaires : Mère décédée d'un cancer de l'estomac. Père vivant, mauvaise santé, hépatique et rénal.

Antécédents collatéraux : Une sœur de 30 ans, bien portante.

Antécédents personnels : Bronchite à 6 ans, Coqueluche à 7 ans. Rougeole à 11 ans. Varicelle à 13 ans. Rhumes fréquents l'hiver. Menstruation à quinze ans et demi, réglée régulièrement jusqu'au début des troubles qui ont amené son internement.

Certificat d'internement (25 octobre 1938), « présente un syndrome de Korsakoff. Confusion mentale, troubles de la mémoire et de l'orientation, propos mal cohérents, syndrome hallucinatoire flou, excitation psycho-motrice épisodique, turbulence, a dû être maintenue. Polynévrite, impotence fonctionnelle, atrophie, douleur de la pression des masses musculaires, subictère des conjonctives. Excès éthyliques connus. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés. »

Signé : D^r PICHARD.

A la séance de la Société Médico-Psychologique du 16 novembre 1938, X. ABÉLY et J. MAILLARD présentent la malade en insistant sur l'extension rapidement ascendante des paralysies et sur la part possible de la tuberculose dans le déterminisme des troubles.

« Malade déprimée, à la suite du décès de sa mère survenu il y a six mois, accès de dépression avec pleurs, découragement, amélioration. Reprise du travail. Le 20 octobre dernier, apparaît un état onirique avec agitation nocturne : M^{lle} B... distribuait des communications téléphoniques imaginaires. En même temps, se développèrent très rapidement des phénomènes parétiques des membres inférieurs. »

« A son entrée, M^{lle} B... présente un syndrome physique de Korsakoff, polynévrite des membres inférieurs très marquée, avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens, atrophie musculaire, parésie des membres inférieurs rendant la marche presque impossible, douleur subjective très intense, troubles sensitifs objectifs très importants. Mais la polynévrite n'a pas touché seulement les mem-

« bres inférieurs : avec une évolution extrêmement rapide, elle a
« envahi les membres supérieurs, les muscles du tronc, des lombes,
« du dos, et paraît atteindre les muscles de la nuque. La malade
« ne peut plus s'asseoir sur son lit.

« Pas de tremblement de la langue et des mains. Foie volumineux
« et non douloureux. Pas d'ascite, rate normale. »

A son entrée au Pavillon sanatorial, le 12 novembre, M^{lle} B... se soutient à peine, la parésie des membres inférieurs est très marquée, elle présente de gros troubles mnésiques, elle ne fixe rien, parle comme si elle était « au bureau » : je n'ai pas mon petit carnet. Elle prétend être très déprimée depuis la mort de sa mère survenue au mois d'avril. Elle sursaute au moindre bruit et donne l'explication suivante : « Je me crois au service (central téléphonique, et que ce sont les lampes. »

L'examen physique montre un amaigrissement sensible de toutes les masses musculaires. La pression en est douloureuse particulièrement au niveau des mollets. Les réflexes tendineux, rotuliens, achilléens, stylo-radial sont abolis.

L'auscultation des poumons ne révèle pas de signes cliniques nets.

La graphie révèle des cicatrices anciennes fortement densifiées sur les deux hiles. L'aspect est normal par ailleurs.

La bacilloscopie s'avère négative à l'examen direct après homogénéisation.

La radiographie du thorax montre que l'image n'a pas varié.

État mental. La malade qui était turbulente, désorientée (incapable de retrouver son lit, elle allait se coucher dans celui des autres) est plus calme mais ne s'intéresse pas à ce qui se passe autour d'elle.

Actuellement, au point de vue physique l'amélioration est considérable ; au lieu de 38 kilogs à l'entrée, elle accuse le 1^{er} mars 1939, 43 kilogs 800, le 15 avril 46 kg. 800.

Les règles ont réapparu le 30 mars.

Au point de vue du système nerveux.

Les réflexes rotulien, achilléen, stylo-radial, demeurent abolis.

La malade n'accuse plus de douleurs à la pression des masses musculaires. La marche est normale.

(Signalons que du 23 novembre au 30 décembre 1938 elle a reçu trente piqûres de strychnine, d'une dose progressive de un à vingt milligrammes, et huit de Bénerva. Une deuxième série d'injections de Bénerva (15) a été faite dans le courant du mois de février).

L'état pulmonaire est très bon.

Micheline n'a jamais eu d'hyperthermie, elle ne tousse ni ne crache.

Au point de vue mental. L'amélioration est également très sensible, la mémoire a réapparu, l'attention est meilleure, il reste encore une inquiétude un peu diffuse qui contraste avec un défaut sans la continuité des idées. Ainsi la malade qui demande à sortir, à reprendre du travail et paraît très affectée, lorsqu'on lui parle de la perte possible de sa situation, cesse de s'en préoccuper lorsque l'on ne l'en entretient plus et ne pousse pas sa sœur qui la visite à entreprendre des démarches dans ce sens.

Examens de laboratoire :

Crachats : (15/1/1939) B. K. —

Intra-Dermo-réaction à la tuberculine au 1/1.000 positive.

Liquide céphalo-rachidien.

Albumine : 0,20. Cellule de Nageotte : 0,4. Vernes-résorcine : 4.

Inoculation au cobaye : négative.

Culture négative sur milieu de Loewenstein.

Sang.

B. W., Kahn, Meinicke : négatifs.

Bilirubine : 20 milligrammes.

Cholestérol : 0 gr. 913.

Azote total non protéique : 0,35,

Urée sanguine : 0,25.

Numération globulaire.

Hématies : 4.596.000.

Leucos : 6.400.

Formule leucocytaire. Polys : 66 %. Grand monos : 4 %. Moyens monos : 28 %. Éosinos : 2 %.

Hémoglobine : 80 %.

Urines.

Bloc xantho-urique : 0,623.

Urée : 11 gr. 81.

L'intérêt de cette malade vient de l'étude particulière qui en a été faite, lors de son entrée par X. ABELY et J. MAILLARD. « Ils avaient été frappés par l'allure très rapide de l'apparition et de l'extension de la paralysie, par la faible importance des abus de boisson, (un peu de vin de quinquina, peut-être quelques apéritifs ??) et parallèlement par une tuberculose pulmonaire qui semblait en voie d'évolution.

Depuis lors, la gravité du pronostic ne s'est pas affirmée,

la marche est de nouveau possible, les troubles mentaux régressent, la tuberculose est demeurée discrète. Il est à noter que nous avons institué un traitement Vitamines B-I, Strychnine, bien supporté et contemporain de l'amélioration.

Le problème étiologique par ailleurs demeure entier, car s'il nous est impossible de soutenir l'étiologie tuberculeuse, il ne paraît pas plus certain de s'en tenir à la nature alcoolique. Et peut-être faudrait-il envisager quelque infection du névraxe qui reste elle-même hypothétique.

OBSERVATION N° 39 (*personnelle*)

M^{me} C... Clémence, domestique, 46 ans, entrée le 13 octobre 1937.

Psycho polynévrite chez une tuberculeuse : Pleurésie vers 1932. Début des troubles nerveux en 1936. Évolution cavitaire de la lésion pulmonaire en 1938. Appoint alcoolique. Discussion.

Antécédents héréditaires : aucun renseignement.

Antécédents collatéraux : mariée, 3 enfants, 3 fausses couches.

Antécédents personnels : Angines à diverses reprises. Réglée à 14 ans.

Début de la tuberculose.

Au décours d'une fausse couche, a fait une pointe de pleurésie pour laquelle on la traite à Lariboisière approximativement en 1932.

Début de la psycho-polynévrite.

De 1933 à 1935 la malade a parfois peur la nuit, elle se réveille en sursaut « il me semblait qu'il y avait quelqu'un dans la chambre. « Cela fait bien deux ans que je n'ai pas eu de ces rêves » dira-t-elle « à son entrée à Maison Blanche. »

En 1936, elle se sent fatiguée au cours de son travail (bonne de restaurant), a peine par moments à « se tenir sur ses jambes ».

Évolution.

Les troubles s'accroissent et nécessitent l'internement.

Le 8 octobre 1937 « Syndrome de Korsakoff, état confusionnel, incompréhension des questions, réponses incohérentes, dépression vague, gémissements. Amyotrophie considérable des membres inférieurs, abolition des réflexes tendineux, impotence fonctionnelle.

Signé : D^r PICHARD.

M^{me} C... entre le 13 octobre à Maison Blanche : elle éprouve de la difficulté à se tenir sur ses jambes. Ses mains par suite de rétractions ne peuvent plus rien tenir. Les troubles psychiques sont très accentués : obtusion et hébétude prononcées, gros déficit mnésique : Clémence ne fixe plus rien, elle ne peut plus évoquer ni sa date de naissance ni la date de la guerre. Elle est désorientée, elle fabule. Son visage est inexpressif.

L'examen somatique du système nerveux montre une amyotrophie marquée des membres inférieurs et même supérieurs, une grosse diminution de la force musculaire aux membres supérieurs, toutes les masses musculaires sont douloureuses à la pression.

Les réflexes tendineux sont tous abolis (rotuliens, achilléens, stylo-radiaux, tricipitaux).

La parésie des membres inférieurs rend la marche difficile, elle s'accompagne de steppage.

Les réflexes pupillaires sont paresseux à la lumière et à l'accommodation.

Dans les mois suivants, la malade se montre toujours calme, l'hébétude s'atténue, elle est sociable, s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle.

La marche devient peu à peu possible bien que restant toujours difficile.

Appareil pulmonaire.

L'examen somatique, pratiqué le 13 octobre 1937, ne décèle aucune particularité.

La radioscopie faite un mois plus tard montre une image en raquette du côté gauche, étendue du hile à la région axillaire et au sommet.

Jusqu'au premier mars 1938, apyrexie.

Du 1^{er} au 24 la température monte à 38°2, par moments clochers thermiques jusqu'à 39°8 ; au cours de ces trois semaines perd trois kilogs.

L'auscultation révèle une spéléonque du sommet gauche que confirme la radiographie « une cavité capable de tenir une mandarine se développe au-dessous de la clavicule. A droite aspect de sclérose diffuse ».

Toux fréquente, crachats muco-purulents en abondance, sueurs profuses.

Bacilloscopie positive à l'examen direct.

Nouvelle radio le 11 janvier 1939 « régression étonnante des détails pathologiques... la cavité, à droite, s'est réduite du volume « d'une grosse mandarine à celui d'une noix. »

Des quintes de toux reprennent la malade, ses forces diminuent, sa courbe de poids baisse.

Température 39°- 39°5.

Un pneumothorax est tenté à gauche : deux insufflations de 400 et 350 centimètres cubes en pression négative ; on doit l'interrompre vu la fatigue de la malade « la caverne axillaire devient vraiment « irrégulière dans ses aspects successifs, elle est un peu plus grande, « hémisphérique, à convexité tournée vers le haut » (25 janvier 1939).

Actuellement.

Etant donné l'évolution de la caverne, un nouveau cliché est pris le 12 mars 1939 « la cavité est tangente en haut et en dehors à la « paroi contre l'aisselle : sa partie la plus élevée est au niveau du « bord supérieur de la clavicule, son bord interne est séparé de « l'ombre aortique par une marge de tissus denses, larges d'un tra- « vers de doigt. » La percussion révèle de la submatité au sommet « gauche en arrière, craquements à ce niveau.

A droite, craquements à la partie moyenne du champ pulmonaire.

Psycho-polynévrite.

L'amnésie persiste toujours, la malade reste désorientée dans le temps et dans l'espace, elle a conscience de sa déficience mentale « je ne suis qu'une bête, c'est tout. Je vis comme une bête. Si vous « me demandez tant de machins que cela, il n'y a rien à faire ».

Abolition permanente des réflexes rotuliens et achilléens, les réflexes stylo-radiaux sont très faibles.

Paresse pupillaire.

Pas de troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité.

Amyotrophie au niveau des membres inférieurs. .

Douleurs atténuées à la pression des masses musculaires du mollet.

Aux deux mains, existe une rétraction tendineuse qui rend impossible l'extension de l'auriculaire. Les téguments sont atrophiés et luisants. L'opposition du pouce à l'index et au médius reste possible, mais peu efficace, et pratiquement la malade ne peut faire de ses mains qu'un usage très limité (tenir sa cuillère, mais ni coudre ni tricoter).

Examens de laboratoire.

Crachats. — B. K.++ / à l'examen direct.

Intra-dermo-réaction à la Tuberculine au 1/1.000 positive.

Liquide céphalo-rachidien.

Albumine : 0,20. Cellule de Nageotte I. Vernes-résorcine 5.

Globulines : 0

Leucos : 0

B. W., Meinicke, négatifs.

Réactions du Benjoin 00000, 22110, 00000

Inoculation au cobaye négative.

Culture négative sur milieu de Löwenstein.

Sang :

Bilirubine : 13 milligrammes.

Cholestérol : 1,235.

Azote total non protéique : 0,52.

Urée sanguine : 0 grs 30.

Numération globulaire.

Hématies : 3.944.000

Leucos : 7.600

Formule leucocytaire : Polys. 69 %. Grands monos 3 %. Moyens monos 10 %. Éosinos 7 %. F. de transition 1 %.

Hémoglobine : 80 %

Urines.

Bloc Xantho-urique : 1,680.

Urée : 10,86.

L'étiologie de cette polynévrite était demeurée obscure et la tuberculose pulmonaire existait chez la malade depuis 1932 environ, néanmoins le réveil n'en a été constaté qu'au cours de l'internement en avril 1938 : la malade avait maigri, une excavation du poumon gauche était alors constituée sans que l'on ait pu cliniquement noter les signes d'une poussée fébrile dans les mois précédents alors que la polynévrite avec ses signes physiques et mentaux avait atteint son maximum.

Par contre, au cours d'interrogatoires ultérieurs, depuis que l'élément confusionnel a régressé quelque peu, Clémence a avoué des excès de boisson, surtout de vin et de bière qui enlèvent à la tuberculose toute exclusivité étiologique.

Et, pour conclure avec prudence, nous pouvons donc dire qu'à l'heure actuelle, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que la Tuberculose soit à elle seule, capable de produire une psychose polynévritique. On retrouve toujours d'autres facteurs étiologiques associés : l'alcoolisme tient une place presque constante, bien que d'importance variable, dans les divers cas rencontrés en pratique.

CHAPITRE V

BALANCEMENT NEURO VISCÉRAL

Tuberculose et démence précoce. Balancement neuro-viscéral

Les rapports de la Tuberculose et de la Démence Précoce ont été envisagés voici bien longtemps. Nous ne saurions ici développer la question, qui a donné lieu depuis 10 ans, à de nombreuses recherches. Résumons ces grandes lignes en suivant un exposé que fit Mr. le Dr VIÉ en décembre dernier, au Pavillon Sanatorial de Maison Blanche.

PINEL dès 1809, décrit un cas d'idiotisme acquis chez un sculpteur de 28 ans devenu taciturne, inexpressif et apathique, au rire niais et stupide, qui succomba à une fièvre hectique. MOREL, parmi les maladies à action spécifique notées à l'origine de la Démence juvénile, cite la phtisie et les scrofules. A Lyon vers la fin du XIX^e siècle, PIERRET signale les rapports de la Tuberculose avec les psychoses hystériques, parmi lesquelles se rangeaient bien des Démences Précoces.

Au début du XX^e siècle, la question est abordée, à l'occasion de cas concrets, sous l'angle de l'anatomie pathologique : ce sont les travaux de KLIPPEL et LHERMITTE, de LAIGNEL-LAVASTINE, de CLAUDE et ROSE qui comparent le rôle de la Tuberculose pour la Démence Précoce à celui de la Syphilis dans la Paralyse générale, de DIDE, la thèse de MALLET, les nombreuses autopsies de VIGOUROUX. Pierre KAHN soutient la nature tuberculeuse de la Démence Précoce.

Depuis 1929, des recherches méthodiques sont poursuivies parallèlement par CLAUDE, BARUK et leurs collaborateurs, par PASCAL et ses élèves DAVESNE, VIÉ, DOUSSINET, par

X. ABÉLY, par DIDE et son élève AUJALEU, sans oublier l'apport de l'école belge, notamment avec d'HOLLANDER et ROUVROY.

Dès 1930, la conception du virus tuberculeux filtrant, et depuis 1931, la connaissance de la méthode de culture de LOEWENSTEIN font naître de grands espoirs, qui malheureusement n'ont pas pu recevoir de confirmation. Depuis cette déception, l'étude des rapports de la Tuberculose et de la Démence Précoce a été quelque peu délaissée : elle devra nécessairement, d'ici peu, être reprise sur d'autres bases, tant ces rapports, de quelque façon qu'on les conçoive sont fréquents et indiscutables.

Les recherches de Laboratoire sont demeurées impuissantes à démontrer un lien étiologique, leurs résultats sont souvent contradictoires selon les séries de malades. L'étude même de ces contradictions, à peine ébauchée, ne serait sans doute pas infructueuse.

La Cuti-réaction à la tuberculine est positive dans tous les cas de PASCAL et DOUSSINET, sauf chez les malades en poussée évolutive, dans 84 % des cas de MAILLEFER, 96 % de ceux de BECK, BARUK a relevé des réactions très fortes, étendues et prolongées.

Les séro-réactions (CALMETTE et MASSOL, BESREDKA) sont beaucoup plus souvent positives chez les Déments Précoces que chez les autres malades mentaux. Mais tandis que VIE, chez de vieilles démentes précoces d'Asiles, a seulement 26 réactions positives sur 119 cas, X. ABÉLY en a 29 sur 45, BARUK 26 sur 65.

Nous nous en tenons ici à ces vieux exemples pour constater la fréquence des réactions aux antigènes tuberculeux et en même temps la diversité de ces réactions sur des séries de malades différentes. Tandis que les unes mettent en évidence une anergie, un véritable « négativisme humoral » (PASCAL), les autres par l'intensité de leurs réactions, dénotent une hyper-allergie (BARUK).

Il est extrêmement intéressant de rapprocher les résultats des faits cliniques, ce qui permet de discuter leur interprétation, et de montrer qu'observés dans des stades différents de la maladie, ils ne s'excluent pas mutuellement.

La clinique, complétée par l'examen radiologique confirme la très grande fréquence de la Tuberculose chez les Déments Précoces, en même temps qu'elle met en lumière de curieuses particularités.

Sur une série de 65 malades, M^{lle} PASCAL relève 53 cas de lésions tuberculeuses radiologiquement constatées : mais en dehors de 4 formes ulcéro-caséeuses graves, cavitaires, les autres malades présentaient des formes fibro-caséeuses surtout torpides et des formes scléreuses, ou seulement des noyaux calcifiés. BARUK et LAUZIER avec BIDERMANN et BLUMENFELD confirment cette forte *prédominance de lésions non évolutives* souvent à tendance abortive (60 fois sur 82 déments précoces tuberculeux) fibreuse, fibro-caséeuse.

En reprenant dans la série de M^{lle} PASCAL, les 12 malades qui ne présentaient pas de lésions radiologiques, on remarque que 8 d'entre elles avaient néanmoins une réaction de BESREDKA positive dans le sérum sanguin. Ceci élève donc à 61 sur 65, *soit plus de 90 % la présence de l'infection tuberculeuse* chez les déments précoces.

On a tenté d'expliquer cette coexistence en invoquant la fréquence générale de la Tuberculose chez les aliénés, or chez des malades atteints de psychose périodique, M^{lle} PASCAL n'a relevé des résultats radiologiques et biologiques que dans une infime minorité. VIÉ a constaté, à la 1^{re} section de Maison Blanche, le fort tribut que paient les Déments Précoces à la Tuberculose : sur la liste des décès de 1927 à 1931 inclus, la Tuberculose avait été l'unique mode de décès des Déments Précoces et sur 35 décès par tuberculose, 21 appartenaient à la Démence Précoce.

On a invoqué les troubles nutritifs et les troubles respiratoires de ces malades, leur éclosion à l'adolescence sur un même terrain de dégénérescence physique et mentale : or les choses semblent plus complexes : indiquons seulement que certains auteurs opposent ici la prédisposition des Juifs à la Démence Précoce et leur résistance à la tuberculose.

En l'absence de toute démonstration rigoureuse de l'étiologie tuberculeuse de la Démence Précoce, un autre ordre de relations de coexistence avec interaction réciproque a été

suggéré par les phénomènes paradoxaux de Balancement, d'Alternance des manifestations viscérales et nerveuses.

Avons-nous besoin de dire qu'ils n'excluent d'ailleurs en rien la possibilité d'une cause commune ?

Cette notion qui se rattache au mécanisme des métastases, bien connu depuis Hippocrate vaut que nous nous y arrêtions quelque peu.

Balancement neuro-viscéral

Ces phénomènes de métastases sont classiques et très nets en ce qui concerne la méningite tuberculeuse.

Alors que le foyer viscéral primitif cesse de se montrer actif, que par exemple les suppurations s'arrêtent, cette accalmie trompeuse n'est qu'une transition de courte durée : les phénomènes méningitiques éclatent et l'évolution fatale survient de façon très rapide. M. le Dr VIÉ nous citait des cas typiques qu'il observa pendant son internat à l'Hôpital Maritime de Berek. Un jeune homme en bon état général, atteint d'une ostéo-arthrite tibio-tarsienne suppurée, vit ses fistules se tarir soudain, quelques jours après, la méningite éclatait. Chez un autre, atteint de lésions suppurées multiples et en état général assez précaire, l'arrêt des suppurations fut également suivi d'une méningite brutale.

En matière de Démence Précoce, ils nous paraissent beaucoup moins complets. Il n'y a pas en dehors des stades initiaux éclipse de l'une des séries symptomatiques, mais seulement atténuation soit de l'évolution pulmonaire, soit des troubles psychiques.

LE GRAS, dès 1906, s'exprime ainsi à propos d'une observation rapportée par LAIGNEL-LAVASTINE : « Il existe souvent « entre les troubles psychiques et les signes somatiques une « sorte d'antagonisme et de balancement compensateur, si « bien que lorsque les premiers se manifestent, les seconds « semblent revêtir une grande intensité ».

P. KAHN et GALLAIS publient en 1931 une observation concernant un cas de psychose toxi-infectieuse démentielle

rentrant dans les limites du syndrome de la démence précoce d'origine nettement tuberculeuse, évoluant sur le cerveau taré d'un pervers instinctif. L'infection tuberculeuse précède nettement l'éclosion des premiers troubles mentaux dont l'apparition coïncide avec la guérison rapide d'une localisation péritonéale.

En 1922, LEROY fait connaître comment a fini une malade présentée à la Société Médico-Psychologique en 1908 et 1910. « Cette jeune fille est restée onze ans dans un état catatonique complet ; c'était un véritable automate, une véritable poupée articulées sans délire mais inhibée, et engourdie. Elle meurt en 1915 par suite de tuberculose aiguë, trois semaines avant la mort, la malade n'avait plus aucun phénomène catatonique et était devenue normale au moins en apparence. LEROY rappelle à ce propos une observation publiée en collaboration avec LAIGNEL-LAVASTINE à la société anatomique. Il s'agissait d'une démente précoce hébéphréno-catatonique redevenue lucide et consciente quatre jours avant le décès par tuberculose pulmonaire ».

A cette occasion MIGNARD rappelle un cas de disparition de tous les principaux symptômes d'une démence catatonique quelques heures avant la mort.

COURBON et son élève BAUER, dans sa thèse, ont rapporté des faits vraiment curieux de ces restitutions terminales de la lucidité.

BARUK rapporte dans son traité de Psychiatrie médicale comment il a été frappé dès 1922 par un de ces phénomènes surprenants de balancement entre une catatonie et une adénite cervicale tuberculeuse. Lorsque l'adénite régressait, le malade reprenait un aspect démentiel. Lorsque les ganglions grossissaient à nouveau, la lucidité réapparaissait en même temps.

CLAUDE et BARUK ont insisté sur le fait que loin d'évoluer parallèlement les poussées évolutives tuberculeuses et les troubles mentaux alternent et se substituent souvent l'un à l'autre d'où cette notion en apparence paradoxale d'une grande fréquence de la tuberculose dans les antécédents des Déments Précoces et cependant d'un certain antagonisme entre la psychose et les caractères évolutifs des lésions ana-

tomiques. A ce point de vue, le problème des rapports de la tuberculose et de la Démence Précoce se pose de la même façon que celui de la tuberculose et de certains asthmes.

Le balancement entre les poussées évolutives bacillaires pulmonaires ou autres et les poussées psychopathiques, l'existence de troubles psychiques survenant chez certains sujets à la phase initiale d'une tuberculose encore latente et disparaissant au moment où apparaît une localisation tuberculeuse nette, tous ces faits permettent de poser le problème suivant : pourquoi existe-t-il des relations impressionnantes entre les phases torpides ou régressives des lésions tuberculeuses et les troubles psychiques de la démence précoce et pourquoi au contraire existe-t-il souvent un certain antagonisme entre les poussées psychopathiques et les poussées évolutives marquées de la maladie ».

BARUK, BIDERMAN et ALBANE (1932) font des recherches cliniques et biologiques pour voir « s'il s'agit d'une forme « spéciale de virus tuberculeux ou s'il faut faire jouer un « rôle à la fixation sur le système nerveux de toxines, fixation s'exerçant plus facilement durant les phases torpides « de la tuberculose que pendant ses phases évolutives fébriles « et aiguës. »

En 1932 BARUK, BIDERMAN, ALBANE rapportent deux cas qui illustrent le « Balancement remarquable entre les « localisations tuberculeuses et les troubles mentaux ».

OBSERVATION N° 1. — « Un jeune homme est porteur depuis « plusieurs années d'adénopathie tuberculeuse et d'une fistule « anale de même nature. Peu à peu, il pâlit, présente un état asthénique et finalement entre dans un état hébéphrénocatatonique des plus graves qui dure quatre ans. Or tout d'un coup, à « la suite de ces quatre années, l'état mental s'améliore et guérit « complètement en même temps qu'apparaissent les signes d'une « Broncho-Pneumonie caséuse qui finit par emporter le malade. »

OBSERVATION N° 2. — « Un autre jeune homme de 20 ans : il y a deux ans, à la suite d'un épisode infectieux mal défini s'installe un syndrome hébéphrénique qui aboutit à un état d'agitation incohérente avec mutisme, stétéotypie, gâtisme... Brusquement, il

y a quelques mois, cet état mental guérit complètement en même temps que s'installent successivement une coxalgie, une pleurésie séro-fibreuse tuberculisant le cobaye, une péricardite ».

Au mois de novembre 1932, GOURIOU rappelle trois cas qu'il a observés dans son service de Maison Blanche.

« Le premier concerne une jeune femme, démente précoce hébéphrénocatatonique qui, au bout d'un an présente des signes de « tuberculose pulmonaire bi-latérale ulcéro-caséeuse. Sa catatonie « cède alors rapidement, ainsi que son mutisme, son négativisme. « Son comportement devient très rapidement normal. Elle cesse « d'être une malade mentale pour n'être plus qu'une phthisique et « cet état persistant pendant un an, je demande et j'obtiens son « départ de l'Asile. Cette malade est morte depuis sans autre modification de son état mental.

« Le deuxième cas est celui d'une jeune fille de dix-sept ans, « entrée à l'Asile avec le diagnostic d'hébéphrénocatatonie : « alternatives et quelquefois mélange d'excitation et de dépression, « négativisme, conservation des attitudes, discordances variées. « Peu après un traitement polyglandulaire où prédominaient les « extraits surrénal et thyroïdien, les symptômes s'amendent et « le comportement devient normal et en même temps se déclanche « une pleurésie séreuse bacillaire qui est traitée à l'Asile. La malade sort après sa convalescence et vit depuis sans troubles mentaux dans sa famille ».

« Le troisième cas est celui d'une jeune femme présentant un « syndrome de démenée précoce paranoïde avec tendances catatoniques, attribué à un choc émotif grave. Au bout de quelques mois « d'Asile, la malade présente un matin une sédation totale de son « délire incohérent, de ses attitudes discordantes et se plaint en « termes précis et adéquats de différents troubles : céphalée, rachialgie, photophobie. Elle se montre orientée et pertinente et n'offre « plus que le tableau habituel de la méningite tuberculeuse qui « l'emporte rapidement.

Pour lui, ces cas ne sont pas particuliers à la tuberculose. « Ce sont ces cas de résurrection de l'intellect, que l'on voit « d'ailleurs chez les hébéphrénocatatoniques sous d'autres « influences que la tuberculisaison, qui fait le plus douter de « l'existence d'un affaiblissement précoce profond irrémédiable et progressif ».

En 1933 PAGNIEZ revenant sur les observations publiées

par CLAUDE et BARUK, en 1930, signale que le balancement entre les localisations tuberculeuses et les troubles mentaux est remarquable et qu'il est difficile de n'y voir qu'une alternance fortuite.

La fin de la même année est illustrée par des publications

1^o LAUZIER, BARUK, BIDERMAN et BLUMENFELD : pour eux, contrairement à ce qu'on pourrait croire, la survenue de troubles psychiques chez des tuberculeux pulmonaires, loin d'aggraver dans nombre de cas le processus tuberculeux détermine au contraire l'arrêt de l'atteinte du Parenchyme Pulmonaire mais il ne faut pas oublier comme le fait justement ressortir M^{le} PASCAL, qu'on peut voir survenir au cours d'une tuberculose torpide « une pneumonie ou broncho-pneumonie caséuse emportant le malade d'une façon parfois presque foudroyante ».

2^o BARUK, SAUVAGE et ALBANE rapportent le cas d'une hébéphrénocatatonie très grave qui guérit au moment où apparaissent successivement les signes d'une coxalgie, d'une pleurésie et d'une péricardite tuberculeuses.

Nous rapportons leurs conclusions :

« La maladie a évolué en trois phases. »

« 1^o Une première phase, marquée par des signes d'infection générale accompagnés de troubles confusionnels, phase « en rapport probable avec une septicémie tuberculeuse, une « typho-bacillose. »

« 2^o Une deuxième phase démentielle, marquée par un « état d'hébéphrénocatatonie aboutissant à une régression « psychique aussi profonde que possible et pouvant sembler « définitive. »

« 3^o Une troisième phase, marquée par la guérison brusque « et totale de tous les troubles mentaux en même temps que « surviennent trois localisations tuberculeuses évolutives, « ostéo-articulaire, pleurale et péricardique. »

« En un mot les troubles mentaux ont accompagné sur- « tout la période initiale septicémique et la période pré-lé- « sionnelle de la tuberculose, ils ont disparu totalement à la « période des localisations fixées ».

Les auteurs insistent à ce propos sur le fait que les typho-bacilloses initiales sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le

croit dans les prodromes des psychoses d'où difficulté lors que la psychose est installée de faire le diagnostic rétrospectif de la septicémie tuberculeuse.

Un élève de BARUK, ALBANE revient en 1934 sur la notion de balancement qui est une notion capitale car c'est la méconnaissance de ce balancement qui a fait nombre d'auteurs négliger l'étude des rapports de la tuberculose et de la démence précoce.

« Le fait qu'au cours de l'évolution de la démence précoce la
« tuberculose pulmonaire reste si souvent peu évolutive, mis
« à part, nous y insistons, certains cas d'ailleurs très graves,
« de tuberculose terminale, ou se montre même régressive,
« ne constitue nullement un argument contre la conception
« de l'origine tuberculeuse de certaines démences précoces.
« Il signifie seulement que la tuberculose larvée ou latente
« est plus redoutable pour le système nerveux qu'une tuber-
« culose franchement évolutive ».

« D'ailleurs ce balancement rentre dans cette vieille loi de pathologie générale des métastases morbides. Les exemples abondent dans la littérature médicale la plus ancienne et pour effleurer simplement des citations très diverses dans le temps, nous rappellerons des faits rapportés par SYDENHAM, puis longtemps après par G. ANDRAL dans son cours de Pathologie interne (« Tuberculose Pulmonaire et manie aiguë »), par PETER dans ses leçons de clinique médicale, par TROUSSEAU (Asthme et Broncho-Pneumonie) ».

CHRISTY, BALVET et MATHON rapportent quatre observations de sujets qui, consécutivement à une affection tuberculeuse (localisation pleurale et pulmonaire) ont vu leur état mental s'améliorer d'une façon tout à fait inattendue. Ils avaient porté le diagnostic de démence primaire des jeunes et de psychose schizophrénique.

Toujours la même année, CABEZA, à propos des rapports cliniques entre la Tuberculose et la Démence Précoce insiste sur le fait que ceux-ci ont été maintes fois signalés : balancement psycho-somatique. Il invoque le mécanisme de la fixation des toxines neurotropes et entrevoit la possibilité d'édifier une pathogénie sur le neurotropisme des toxines dont la parenté est probable et qui, de la colibacilliose à la tubercu-

lose en passant par l'infection éberthienne auraient le pouvoir de créer des syndromes neuro-psychiatriques entrant dans les cadres de la schizophrénie.

COURTOIS, en 1935, cite l'observation d'un hébéphrénique de 27 ans, traité dans un sanatorium de 7 à 12 ans ; il présente alors un état méningé aigu qui fut étiqueté « méningite-tuberculeuse » et qui contre toute attente guérit. Son état pulmonaire s'était alors rapidement amélioré, mais sorti du sanatorium, il reste bizarre et vers 25 ans après une période de désadaptation sociale progressive, il faut l'interner. Les médecins qui soignaient le malade à ce moment-là considéraient sa méningite comme de nature tuberculeuse et l'on peut supposer qu'une méningite chronique est la cause du syndrome démentiel qui s'installe progressivement, alors que l'état pulmonaire restait excellent.

Au Congrès de Nancy, en 1937, CHRISTY définit le « Balancement », alternance de la maladie mentale et de la maladie corporelle. Il affirme avoir vu l'état mental de déments précoces s'améliorer et même guérir en même temps qu'apparaît chez eux une tuberculose évolutive. « Les tuberculeuses aiguës, les granulies, pneumonies caséuses, broncho-pneumonies tuberculeuses qui comportaient un pronostic quoad vitam fatal nous ont fait assister à un curieux balayage de la symptomatologie mentale que la poussée évolutive ne donne pas aussi nettement. Bref, plus le sujet fait de la caséose, plus vite nous avons remarqué que s'évanouissent la discordance, la dissociation intellectuelle, les stéréotypies. De discordant, l'individu devient confus ou mieux obnubilé, puis l'esprit se clarifie. »

L'auteur conclut « en résumé, qu'à côté des éclipses de la symptomatologie mentale, éclipses provoquées par des affections intercurrentes, il existe fréquemment des changements favorables, améliorations, voire guérisons à l'occasion d'affections viscérales ».

COSSA et THIBAUT ont bien voulu nous communiquer l'observation suivante :

OBSERVATION N° 40 (D^{rs} COSSA et THIBAUT)

Monsieur G...

Délire d'influence transitoire contemporain de la fermeture d'une fistule chez un tuberculeux pulmonaire à la suite de thoracoplastie.

Semble être entré dans sa tuberculose en février 1935, à l'âge de 23 ans, par une période de fatigue suivie d'une hémoptysie assez abondante, deuxième hémoptysie en août.

L'hémoptysie se montre bacillifère ; se succèdent des alternatives d'amélioration et de réinvolution ; le médecin qui le suivait alors constate que son malade se soigne avec une « rare intelligence », et parvient enfin à le décider à une cure sanatoriale qu'il commence en avril 1936.

Etat à l'entrée : atteinte fibro-caséuse excavée du sommet gauche, infiltration discrète de la base droite. Expectoration bacillifère. Poids : 62 kgs. Pneumothorax impossible (symphyse).

Cette perte de substance semblait ne pas être tangente à la paroi et pouvait donc avoir des chances d'être bien influencée par une paralysie diaphragmatique ; une alcoolisation phrénique est pratiquée en avril 1936, mais ne donne que des résultats incomplets.

Cette petite cavité semble alors une bonne indication « d'extra-pleural chirurgical ». L'intervention est faite le 17 avril 1937 ; malheureusement, au cours de l'intervention, on constate l'existence d'une adhérence extra-pleurale très résistante au niveau de la cavité et dans les essais de libération, c'est cette dernière qui se rompt ; il faut donc compléter tout de suite par une thoracoplastie partielle supérieure de six côtes, et le malade garde une fistule broncho-pleurale pariétale de sa cavité ; mais déjà son expectoration cessait d'être bacillifère.

On doit noter déjà ici que de cet incident, malheureusement moins rare qu'on ne le croit, Monsieur G... avait gardé un sentiment de réelle aversion pour son chirurgien, cependant l'un des plus qualifiés en chirurgie thoracique.

La situation s'est compliquée encore du fait d'une grave suppuration pariétale sous-musculaire dont on a fini par avoir raison grâce à des instillations de solutions de nitrate d'argent et de lipiodol.

Et depuis l'été 1938, une amélioration générale s'amorce et s'accroît ; de 51 kgs. 700 où il était tombé alors, son poids remonte à 55 kgs fin décembre, encore inférieur de quatre kilogs à celui de septembre 1937. Depuis le milieu de l'été, on le traitait en effet

comme un « extrapulmonaire » avec héliothérapie et antigène méthylique (dilué), ce qui avait la meilleure influence.

Et la fistule elle-même se rétrécit rapidement et donne de moins en moins ; l'on pense essayer de la guérir par la méthode de BERNOU (mise en place d'un crayon de nitrate d'argent) lorsqu'elle se ferme brusquement tandis que se développent les *Phénomènes Nerveux suivants* :

Le malade éprouve des sensations bizarres : il lui semble que son corps s'épanouit, que son bassin s'élargit, que son sexe change. A d'autres moments il est persuadé que son chirurgien l'a envoûté. A d'autres enfin, il raisonne sainement et rit de ses troubles. Le sommeil fait presque complètement défaut.

Ces troubles s'accroissent au point que nous précisons un « petit syndrome d'influence à base surtout cénesthésique avec appoint d'épisodes oniroïdes — (l'examen du liquide céphalo-rachidien est totalement négatif) — et conseillons « en même temps qu'un départ de l'altitude une surveillance de deux ou trois semaines en milieu spécialisé, et si le syndrome mental se poursuivait, une cure de type Sakel » (début janvier 1939).

Mais tout rentre dans l'ordre en quelques jours ; et le nouveau spécialiste auquel on le confie à son retour en plaine ne constate plus rien d'anormal.

Et depuis lors (mai 1939) aucun fait nouveau n'est à noter.

En conclusion, bien que l'examen du liquide céphalo-rachidien se soit montré absolument négatif, une relation avec la tuberculose pleuro-pulmonaire doit être cependant envisagée en raison surtout de la coïncidence de temps avec la fermeture de la fistule.

Et cette coïncidence est vraiment tout à fait frappante.

Quant au malade lui-même, il voit surtout une relation avec l'antigène méthylique et nous signale se souvenir d'incidents analogues, mais moins prononcés et plus brefs à l'occasion de vaccination antidyphtérique, et durant son service militaire, de vaccination antivariolique.

Tous, les auteurs qui se sont intéressés à la question de *balancement* psycho-somatique de la tuberculose et de la démence précoce n'ont pas fait les mêmes constatations que CLAUDE et BARUK. M^{lle} PASCAL en particulier n'a jamais

noté ce balancement hétérophrénobacillaire. Une seule fois elle a constaté « la solidarité morbide entre l'hétérophrénie et « la tuberculose séreuse (pleurésie séro-fibrineuse à bacilles « de Koch). Cette dernière a éclaté au cours d'une rémission « complète de l'hétérophrénie et a produit immédiatement « une rechute de la psychose avec sa guérison, disparition « des troubles mentaux ».

« Dans la majorité des cas la tuberculose évolutive n'aggrave ni n'améliore l'hétérophrénie. LES DEUX PROCESSUS APRÈS AVOIR ÉTÉ INTRICUÉS SE DISJOIGNENT ET ÉVOLUENT « PARALLÈLEMENT. »

« L'étude clinique de l'évolution des deux processus hétérophrénique et tuberculeux montre leur parallélisme et leur « dissociation, la solidarité et le balancement sont exceptionnels. Enfin, les tests thérapeutiques sont dissociatifs « dans la majorité des cas, l'aurothérapie fournit la preuve « de la concomitance possible des deux maladies, mais non « de leur solidarité. »

Pour porter un jugement d'ensemble sur les divergences qui se font jour entre partisans et adversaires du balancement psycho-somatique, de même qu'en présence des phénomènes opposés d'Anergie et d'Hyper-Allergie observés par les auteurs, il faudrait sans doute déterminer avec précision le stade évolutif auquel se trouvent les malades. Au cours des premières phases, la Démence Précoce présente presque exclusivement des troubles fonctionnels de nature toxique ou inhibitrice, capables de régresser sous des influences diverses, et laissant pour ainsi dire intacte la capacité réactionnelle du sujet.

Plus tard et chez certains malades seulement, des lésions s'établissent et avec elles des troubles définitifs d'ordre démentiel.

L'insuffisance cérébrale retentit vraisemblablement sur l'organisme tout entier. Nous croyons en définitive avec M. Vré que la solution de ces problèmes pourra être abordée avec fruit lorsque les possibilités réactionnelles du système nerveux seront bien précisées pour chaque stade évolutif de la maladie.

CONCLUSIONS

I) Nous nous sommes proposé, dans ce travail d'étudier les rapports qui existent entre la Tuberculose et les Psychopathies survenant au cours de son évolution. Nous avons donc éliminé les manifestations tuberculeuses qui apparaissent après le début des psychoses et en particulier la question générale de la tuberculose dans les établissements d'aliénés.

II) Il est très difficile de préciser avec certitude le lien étiologique qui unit, dans chaque cas, la psychose et l'infection bacillaire. Les épreuves de laboratoire qui permettent d'affirmer la nature bacillaire de la lésion viscérale ne fournissent aucun argument direct pour démontrer la nature de la psychose. Nous nous sommes appuyé surtout sur l'antériorité chronologique de la tuberculose et nous avons cherché le lien qui unit les deux ordres de phénomènes dans l'*imprégnation* plus ou moins profonde de l'organisme par les toxines bacillaires. Nous avons tenu compte d'autre part du terrain psychopathique et des phénomènes psychologiques réactionnels en rapport avec la maladie.

III) Suivant les cas, le rapport des deux séries est de valeur très diverse. Nous avons séparé quatre groupes de faits :

1^o Chez les déséquilibrés, nous avons envisagé : les troubles émotifs liés à l'existence même de la maladie et au déséquilibre vaso-sympathique qu'elle entraîne, le syndrome d'inquiétude, le syndrome de refus, les troubles du caractère mis en évidence par les difficultés de la vie sanatoriale, les toxicomanies secondaires.

L'imprégnation tuberculeuse moyenne engendre la « Patraquerie bacillaire » de Burnand.

L'imprégnation profonde se traduit par les dysthymies terminales : euphories ou mélancolies des états cavitaires et cachectiques.

2^o Dans une série de psychoses tuberculeuses proprement dites dont nous avons observé une dizaine de cas au Pavillon Sanatorial de Maison-Blanche, l'étiologie tuberculeuse semble très probable. Le tableau clinique est constitué, en proportions variables, par un état de confusion avec onirisme, de dépression anxieuse ou simplement inquiète, d'hallucinations à prédominance psychomotrice. Dans presque tous les cas existent des idées délirantes d'influence parfois avec thèmes érotomaniaques ou mystiques.

Le début de ces psychoses se fait dans une période d'imprégnation tuberculeuse profonde, par un épisode subaigu, l'évolution du syndrome se montre parallèle à celle des lésions bacillaires, s'aggravant ou guérissant avec elles sauf chez les sujets porteurs de tares héréditaires importantes chez qui se constitue alors un délire évoluant pour son propre compte.

3^o Nous avons rapporté les troubles observés au cours des atteintes organiques, de nature tuberculeuse du cerveau et des méninges : encéphalites, méningo-encéphalites, méningites peuvent revêtir des tableaux d'excitation de dépression mélancolique atypique dont le diagnostic est le plus souvent très difficile.

Dans deux cas de psychopolynévrites apparues chez des tuberculeuses nous avons retrouvé par ailleurs quelques excès de boisson, ce qui nous interdit d'affirmer pour elles l'étiologie tuberculeuse exclusive.

4^o Il reste à indiquer le rôle de la tuberculose dans la genèse de la Démence Précoce. Nous n'avons voulu ici que rappeler les grandes lignes de la question qui a donné lieu à tant de travaux. Tandis que la coïncidence clinique de la tuberculose et de la Démence Précoce s'avère si fréquente, les recherches de laboratoire n'ont pu établir, à l'heure actuelle, la certitude du lien étiologique.

IV) Vus dans leur ensemble, les faits étudiés permettent — toutes réserves faites sur le terrain psychopathique —

d'envisager deux grandes modalités de rapports entre la tuberculose et les psychopathies. Tandis que dans les psychoses proprement dites, les troubles mentaux semblent bien liés à l'imprégnation tuberculeuse et évoluer parallèlement à elle, dans le cas des méningites et peut-être dans la Démence Précoce, il s'agit d'un balancement, d'une alternance entre les phénomènes viscéraux et les phénomènes psychiques. *Au parallélisme de l'imprégnation s'oppose l'alternance des métastases.*

VU : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU : *Le Président de la Thèse,*

LAIGNEL-LAVASTINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANE. — *Tuberculose et Démence Précoce* (Thèse de Paris 1934).
- ABELY (X.). — *Les Psychopathes tuberculeux au dispensaire* (29^e Congrès des médecins aliénistes, 1925, p. 175).
- ABELY (X. et P.) et COULEON. — Recherches biologiques dans la démence précoce (*Soc. méd. psych.*, 24 oct. 1932, p. 359).
- ABELY (X.) et MAILLARD (J.). — Deux cas de Psychose Polynévritique (*Annales Médico-Psychologiques*, novembre 1938).
- ALQUIER et BAUDOIN. — Méningo-encéphalite aiguë chez un tuberculeux (*Arch. méd. expériment. et d'anat. pathol.*, 1907).
- AMEGHINO (Arturo). — Le séro-diagnostic de la tuberculose dans les maladies mentales (*Rivista de criminologia, psiquiatria, y med. legal*, t. II. Buenos-Ayres, n° 64, 1924).
- AMEGHINO (Arturo). — Importance de l'étiologie tuberculeuse dans les maladies mentales (*Rivista di criminologia y psiquiatria, y medicina legal*, 1925, n° 68, Buenos-Ayres).
- ANGLADE. — *Tuberculose et système nerveux* (C. R. Soc. Méd. de Toulouse, nov. 1900).
- *Polynévrite tuberculeuse et Psychose* (S. de Neurologie 1900. communication de G. Ballet, R. W., 1900, p. 157 à 161).
- ARMAND-DELILLE. — Réactions des méninges à certains poisons du bacille tuberculeux humain (*Arch. Méd. Expérin.*, mai 1902, p. 277-296).
- ARCHAIMBAULT (Jacques). — *Essai Clinique sur les Rapports de la Tuberculose et des maladies mentales* (Thèse de Paris, 1937).
- AUCLAIR. — Etude expérimentale sur les poisons du bacille tuberculeux humain (Th. Paris, 1897).
- BALL. — *De la folie chez les phtisiques*. Leçons sur les maladies nerveuses (26^e leçon, Paris, 1880, Asselin).
- BALLET (G.). — *Traité de pathologie mentale*, 1903.
- BALLET (G.) et LAIGNEL-LAVASTINE. — Nouvelles observations sur la valeur des lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique (*Encéphale*, 1906, p. 437).
- BARUK (H.) BIDERMANN et ALBANE. — Tuberculose et Démence Précoce.

- Réactions allergiques et encéphalite toxique. Recherches biologiques et expérimentales (*Paris médical*, 27 août 1932, p. 166).
- BARUK, BIDERMAN, et ALBANE. — Tuberculose et démence précoce, les réactions allergiques chez les hébéphréniques, sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux (*Soc. médico-psychologique*, 24 oct. 1932).
- BARUK, SAUVAGE et ALBANE. — Démence Précoce grave consécutive à une typho-bacillose. Guérison des troubles mentaux après une coxalgie et une polysérite tuberculeuse (*Société médico-psychologique*, 19 décembre 1933).
- BARUK, LAUZIER, BIDERMAN et BLUMENFELD. — La tuberculose pulmonaire des déments précoces. Etude clinique et radiologique portant sur 204 cas de démence précoce (*Soc. méd. psychologique*, 19 déc. 1933).
- BARUK. — *Psychiatrie médicale*, Paris, 1938.
- BECK (A.). — Sur les relations entre la démence précoce et la tuberculose. Etude sérologique (*Presse méd.*, 23 janvier 1935, *Revue des journaux*).
- BÉRIEL. — Sur l'Encéphalite Tuberculeuse (*Lyon Médical*, 1913).
- BENNER. — Rapports de la phtisie et de la folie (*The alienist and neurologist*, avril 1886).
- BESREDKA et MANOUKHINE. — De la réaction de fixation chez les tuberculeux (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 31 janvier 1914, p. 180).
- BIENVENU. — Des états mélancoliques au cours des granules tuberculeux (*Ann. méd. psych.*, Paris, 1903, t. I p. 115).
- BLUMENFELD. — *La tuberculose des déments précoces* (Thèse Paris, mars 1933).
- BOMBICI. — Encéphalite hémorragique tuberculeuse (*Rivista sper. di freniatria*, 1902).
- BRAUN (Paul) et FREY-RAGU (Janine). — L'importance du facteur moral chez l'adulte et chez l'enfant dans l'éclatement de la tuberculose pulmonaire (*Presse Médicale*, 16 juillet 1930).
- BOUDOURESQUES (J.). — *Les Polynévrites* (1938, p. 239).
- BOULIN. — Méningite tuberculeuse de l'adulte (*Soc. méd. Pratique*, p. 119).
- BOVEN. — *La Science du caractère* (1931).
- BRA. — *Manuel des maladies mentales* (1883).
- BROUSSEAU (A.). — De l'étiologie tuberculeuse dans certains syndromes psychiatriques (*VIII^e Congrès de Méd. de langue française de l'Amérique du Nord*, Québec, 1924).
- BRUNERIE (Albert). — *Essai sur les troubles psychiques au cours de la tuberculose* (Thèse de Lyon, 1927).
- BURNAND (René). — *Les Syndromes d'imprégnation tuberculeuse* (1938, Masson éditeur).
- CABEZA (Manuel M.). — Tuberculosis y demencia precoz (*Boletín del Asilo de Alienados en Olivo*, 1, 11, N^o 5).
- CALMETTE. — *L'infection bacillaire et la tuberculose*.
- CHANTEMESSE. — *La méningite tuberculeuse de l'adulte. Les formes anormales en particulier* (Thèse Paris 1884).

- CHARPENEL. — *Méningo-Encéphalite diffuse tuberculeuse. Y a-t-il une P. G. tuberculeuse ?* (Thèse de Lyon, 1907).
- CHARTIER (M.). — *Encéphalite aiguë non suppurée* (Thèse de Paris, 1907).
- CHOROSCHKO. — Rapports entre la tuberculose et les Psychoses et Névroses (*X^e congrès des médecins russes*, Moscou, 27 avril-2 mai 1907).
- CHRISTY, BALVET et MATHON. — Localisations viscérales tuberculeuses, et guérison psychopathique (*XXXVIII^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Lyon 16-24 juin 1934).
- CHRISTY. — Phénomènes de balancement psycho-somatique : Expression particulière d'une loi générale dans les localisations viscérales tuberculeuses. Rôle du terrain. (*Congrès des aliénistes et Neurologistes*, Nancy 1937).
- CIARLA (Ernesto). — Psychose bacillaire par toxi-infection tuberculeuse (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, tome XXIX, fasc. 9-10, sept-oct. 1934).
- CIARLA (Ernesto). — Psychose bacillaire par toxi-infection tuberculeuse (Od., sept, oct. 1924, *Rivista de pathologia nervosa e mentale*, t. XXIX, fasc. 9-10).
- CLAUDE (H.). — Troubles Psychiques chez les tuberculeux (*Concours méd.*, 1924, p. 243).
- CLAUDE (H.). — *Maladies du Système Nerveux* (1922).
- CLAUDE (H.) et BARUK (H.). — Tuberculose et démence précoce. Les troubles psychiques dans les phases torpides et dans les phases prémonitoires de la tuberculose (*Paris-médical*, 27 déc. 1930).
- CLAUDE (H.), COSTE (F.), VALTIS (J.), VAN DEINSE (F.). — Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la démence précoce (*Encéphale* 1933, N^o 8, p. 561-587, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 6 juin 1933).
- CLOUSTON. — Tuberculosis and insanity (*Journal of Mental Science*, avr. 1863).
- CLOUSTON. — *Clinical lectures on mental diseases* (1896).
- COSTE, VALTIS et VAN DEINSE. — Constatations expérimentales concernant l'étiologie tuberculeuse de certaines démences précoces (*Acad. de Méd.*, 5 juin 1933).
- COURTOIS (A.). — Certains agents étiologiques du syndrome de D. P. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1935, t. II p. 69).
- CROCQ (fils). — La Folie Diathésique (*Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chir.*, 1894).
- CUILLERRE. — *Traité des maladies Mentales* (1889).
- DAGONET. — *Traité des Maladies Mentales* (1894) : marche de l'aliénation mentale et phtisie pulmonaire.
- DAMAYE. — Mélancolie confusionnelle Toxi-Tuberculeuse avec anxiété et idées de négation. Disparition des idées délirantes parallèlement à la guérison de la tuberculose (*Revue de psychiatrie*, 1911, p. 157).
- DE CRAENE. — La Psychologie des Tuberculeux (*Revue Belge de Tuberculose*, 1925).
- DMITRESCO. — *Le rapport réciproque de la Tuberculose et des affections mentales surtout la D. P.* (Thèse de Bucarest, 26 juin 1908).

- DUFOUR (H.). — D'une forme douloureuse de polynévrite tuberculeuse, du rôle important de la tuberculose en pathologie nerveuse (*R. N.*, 1900, p. 108 à 112).
- DUFOUR et DIDE. — Tuberculose, tuberculine et encéphalopathies délirantes (*Soc. neurol.*, 1899).
- DUPOUY (R.), BUVAT (J. F.), SAUGUET (H.). — « Un couple d'héroïnomanes, innocuité des doses massives d'héroïne par voie intra-veineuse » (*Annales Médico-Psycholog.*, mars 1939).
- DUPRÉ. — *L'Euphorie Délirante des Phtisiques* (Congrès de Paris, 1924.)
- DUPRÉ et CAMUS. — Euphorie délirante et onirisme chez un phtisique. Double tubercule cortico-frontal méningé symétrique (*Revue Neurol.*, 1906, p. 90).
- DUROCHER. — Thèse Paris, 2 juillet 1906. *Tuberculose et Démence Précoce*.
- ESBACH (H.) et BAUR (J.). — Méningo-Encéphalite tuberculeuse subaiguë non folliculaire à bacilles de Koch (*Etude anatomo-clinique, l'Encéphale*, an VI, N° 10, p. 327-340, 10 oct. 1911).
- ESQUIROL. — *Des maladies mentales* (Baillière, 1888).
- EWALD. — *Handbuch der Geisteskrankheiten. 7. Tuberkulose* (Bumke, 1938).
- FROUMENT. — *Contribution à l'étude de la polynévrite tuberculeuse* (Paris, 1924).
- GILLES (André). — Psychonévrose et tuberculose. Un syndrome aparnétique (*Evolution psychiatrique*, 1934, Fasc. 1, page 21).
- GIMBERT (Henri). — *Contribution à l'étude des Psychonévroses chez les tuberculeux* (Thèse de Paris, 1907).
- GOUGEROT. — Encéphalite aiguë bacillaire non folliculaire (*Enc.*, 1909, N° 3).
- GOYET et PARTHIOT. — Encéphalite tuberculeuse hémorragique consécutive à un tuberculome méningé de la Sylvienne (*Lyon Méd.*, 1924, p. 145).
- GRIESINGER (W.). — Considération sur le diagnostic des maladies du cerveau (*Arch. der Heilkunde*, 1860, p. 84).
- GRIESINGER (W.). — *Traité clinique des maladies mentales* (1865) (des causes physiques, p. 23).
- GUILLAIN et LAROCHE. — Fixation de la tuberculine par la substance nerveuse (*Encéphale*, 5 février 1910, p. 209).
- GUY-LAROCHE. — *Fixation des poisons sur le système nerveux* (Thèse de Paris, 1911).
- HERISSON-LAPARRE et PRUVOST. — Démence précoce et tuberculose du cerveau (*Bulletin de la Sté-Clinique de méd. mentale*, 1913, p. 393).
- HEUYER (G.) et BOREL (J.). — « Le Délire de Rêverie » (*Revue Méd. Franç.*).
- JACQUELIN (A.). — *Directives en pratique médicale* (types psychiques de la personnalité, p. 67).
- D'HOLLANDER et ROUVROY. — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? Inoculation. Les lésions provoquées (*Ann. médico-psychol.*, nov. 1932, t. II p. 417).
- D'HOLLANDER et ROUVROY. — Les lésions cérébrales de la démence précoce. Nouveaux cas (*Soc. Belge de neurologie*, 30 janv. 1932).

- d'HOLLANDER et ROUVROY. — Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculation au cobaye et au pigeon (XXV^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes, p. 333).
- D'HOLLANDER et ROUVROY. — Les lésions cérébrales de la démence précoce présentent-elles des caractères de spécificité tuberculeuse ? (XXVII^e Congrès des Alién. et des Neur. de France et des pays de langue franç., Rabat, 7-13 avril 1933).
- KARA ENEFF. — *De l'influence de la tuberculose pulmonaire sur l'aliénation mentale* (Thèse de Montpellier, 1899).
- KLIPPEL. — Encéphalite avec confusion mentale primitive (*Encép.*, 1906, p. 358).
- KORSAKOFF. — Sur une forme de maladie mentale combinée à la névrite multiple dégénérative (*Congrès Inter. de Méd.*, Paris, 1889).
- KORSAKOFF. — Troubles Psychiques associés à la névrite multiple (*Revue de Méd. russe*, 1889, N° 13).
- KRAEPELIN. — Psychiatrie (Achte Auflage, 1. Band, 1909, p. 73).
- KRAFFT-EBING. — *Traité Clinique de Psychiatrie* (Maloine, éd. 1897) p. 221, les causes de la Folie).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — L'encéphale des tuberculeux (*Revue de Méd.*, 1906).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Recherche histologique sur l'écorce cérébrale des tuberculeux (*Revue de Méd.*, 10 mars 1906).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Psychologie des tuberculeux (*Revue de Méd.*, mars 1907.)
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *La pratique psychiatrique* (Paris, 1919, Baillière).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Remarques sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires (*Clinique et Laboratoire*, 1922, N° 3).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Deux cas de Polynévrite avec troubles mentaux * Syndrome de KORSAKOFF et confusion mentale (*Soc. de psychiatrie*, 1913).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Tuberculose nerveuse. Note histologique sur l'écorce cérébrale des tuberculeux (*Congrès Inter. de Tubercul.*, Paris, octob. 1905, 1 p. 496).
- LAIGNEL-LAVASTINE, VALENCE et POLACCO. — Méningite tuberculeuse de très longue durée (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hp. de Paris*, t. XLI, N° 23).
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARBE, DELMAS. — *La pratique psychiatrique* (1929).
- LAIGNEL-LAVASTINE, AMOUR (F.) LIBER. — Méningo-encéphalite tuberculeuse à symptomatologie psychique pour un cas anatomo-clinique (*Revue Neur.*, 1934, 11 p. 913).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — « Polynévrite avec syndrome de Korsakoff chez une syphilitique tuberculeuse » (*Soc. anat. de Paris*, 13 juin 1913).
- LA BONNARDIÈRE. — *Rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose* (Thèse de Lyon, 1898).
- LEGRAS. — *Troubles Psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse* (Thèse de Paris, 1906).

- LE MAT. — *Troubles Psychiques dans la tuberculose pulmonaire chronique* (Thèse de Paris, 1875).
- LEMIERRE, BOLTANSKI et JUSTIN BESANÇON. — Les polynévrites alcoolotuberculeuses (*Revue de médecine*, mai 1931).
- LEPINE (Jean). — Tuberculose, encéphalite, psychose *Congrès de Washington*, 1908).
- LEPINE (Jean). — Tuberculose et aliénation mentale. Tuberculose atypique du système nerveux (*Congrès de méd. de Budapest*, 29 août-4 sept. 1909).
- LEPINE (Jean). — Etude sur l'encéphalite subaiguë curable des tuberculeux (*Revue de méd.*, 1908, N° 9).
- LEREBoullet, HEUYER (G.) et JOUSSAY. — Un cas de Polynévrite tuberculeuse (*Soc. de Neur.*, 1925, p. 93 à 98).
- LEROY (R.). — Disparition, deux mois avant la mort par tuberculose aiguë de tout symptôme caractéristique chez une jeune malade présentée à la Soc. en décembre 1908 et mars 1910 (*Encéphale*, 1922, p. 311 Société Clinique de Médecine Mentale séance du 20 avril 1922).
- LETULLE. — Essai sur la psychologie du phthisique (*Arc. gén. de méd.*, sept. 1900).
- LÉVY (R.). — *La séroflocculation de Vernes à la Résorcine dans la Tuberculose pulmonaire* (Thèse de Nancy, 1928-29).
- LÉVY-VALENSI. — *Précis de Psychiatrie* (1926, Baillière).
- LHERMITTE (J.). — Etude histologique de la Méningo-Encéphalite tuberculeuse (*R. N.*, 1910, t. II, p. 49).
- LÖWENSTEIN. — Bacillémie tuberculeuse au cours des affections du système nerveux central (*Münch Med. Woch.*, n° 26, 26 juin 1933).
- LÖWENSTEIN. — La méthode d'hémoculture du virus tuberculeux et ses résultats (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1933, p. 165).
- MAILLEFER. — *Sensibilité des déments précoces à la tuberculose* (Thèse Paris, 1934).
- MARCHAND (L.). — *Manuel de Médecine Mentale* (1908, p. 387).
- MARCHAND (L.) et COURTOIS. — Encéphalite psychosique, (1935).
- MARIE (A.) et BEAUSSART (P.). — Tuberculose et aliénation mentale (Recherches étiologiques par le séro-diagnostic (*Revue de Psychiatrie*, 1910).
- MAS (P.). — *Psychasthénie et Neurasthénie Tuberculeuses. Essai sur les formes mentales de la tuberculose* (Thèse de Montpellier, 1935).
- MEAD (Richard). — *The medical Works*, 1767, Dublin, p. 368.
- MENDEL (Fidler). — *Méningo-Encéphalite Tuberculeuse et tubercules corticaux multiples* (Thèse de Paris, 1914).
- MOREAU (de Tours). — Des rapports de la Phtisie pulmonaire avec l'aliénation mentale au point de vue de l'étiologie (*Abeille Médicale*, 1877).
- MOREL (B. A.). — *Traité des Maladies mentales*, 1860.
- MORLAND (A.). — La mentalité du tuberculeux (*The Lancet*, 23 janv. 1932).
- MORSELLI (Arturo). — *La Tuberculose dans l'étiologie et la pathogénie des maladies nerveuses et mentales* (Thèse de Gênes, 1903).

- *La Tuberculose dans l'étiologie et la pathogénie des maladies nerveuses et mentales* (Torino, 1907).
- VON MÜRALT (DAVOS). — Les troubles nerveux et psychiques chez les tuberculeux pulmonaires (*Soc. Suisse de neurologie*, Fribourg 3 et 4 mai 1913).
- NORMAN MEACHEN (G.). — Transactions of the XXIVth Annual Conference of the National Association for the Prevention of Tuberculosis (London W. C. I. Tavistock Square, 1938. *The Mental Aspects of Tuberculosis*).
- NYSSSEN. — Psychose Polynévritique de Korsakoff (*Soc. Belge de Neurologie*, 18 mai 1926, Anvers).
- PAGNIEZ. — Tuberculose et Démence Précoce (29 mars 1933, *Presse Médicale*, p. 501).
- PASCAL (C.). — Le brouillard étiologique de la démence précoce s'est-il dissipé (*Progrès Médical*, 12 août 1933).
- PASCAL (C.) et VIÉ. — Démence précoce et schizophrénie de Kretschmer (*Enc.*, avril 1931).
- PASCAL (C.) et DOUSSINET (P.). — Hébéphrénie et tuberculose (*Arch. inter. de neurologie*, t. II, vol. XVII, 24^e série, déc. 1932).
- PEHU, DECHAUME, BARRE. Encéphalite tuberculeuse hémorragique (*Sté des Hôp. de Lyon*, 1924).
- PEON DEL VALLE (J.). — Etat mental des malades atteints de tuberculose pulmonaire chronique (*Revista frenopathia espanola*, 1890).
- PINEL. — *Aliénation Mentale* (Paris 1809, Brosson).
- PITRES ET VAILLARD. — Maladies des nerfs périphériques dans le *traité de médecine* de Gilbert et Carnot, Paris 1924).
- POROT (A.). — Les états psychopathiques des tuberculeux (*Revue Générale de Méd. et de chir. de l'Afrique du Nord*, avril 1927).
- PRIVAT DE FORTUNIE et GENEY. — Tuberculose et Démence Précoce (*XXXIV^e Congrès des aliénistes et Neurologistes*, p. 237, Lille, 1930).
- PUCA (A.). — Sur la mise en évidence de granules acido-résistants et de bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien des déments précoces (*C. R. Soc. Biol.*, 1932, t. CXI, p. 258).
- PUCA (A.). — Premiers résultats de la culture du bacille de Koch par ensemencement du liquide céphalo-rachidien, de déments précoces (*C. R. Soc. biol.*, 1933, t. CXIII, p. 359).
- RADU (D.). — *Contribution à l'étude du syndrome de Korsakoff* (Thèse Paris, 1933).
- REGIS (E.). — Folie de la Tuberculose (*Manuel pratique de médecine mentale*, 1892, p. 392-397).
- REGIS (E.). — *Précis de psychiatrie* (1923, Doin, éditeur).
- ROGER (F.). — Cliniques, Dg et Tt de la méningite tuberculeuse de l'adulte (*Paris Médical*, 8 sept. 1934).
- RONCE. — *Essai sur la Psychologie des Tuberculeux* (Thèse de Paris, 1932).

- ROUYER. — *Sur les rapports de la tuberculose avec les troubles mentaux* (Thèse de Paris, 1930).
- SAENZ, EISENDRATH, COSTIL, SADETTIN. — Recherches de la bacillurie tuberculeuse chez 100 malades atteints de tuberculose pulmonaire très avancée, mais indemnes de troubles urinaires (*Soc., Biol*, 1935).
- SAENZ, COSTIL, SADETTIN. — Deux types de bacilles acido-résistants isolés des organes de cobayes inoculés avec des produits non tuberculeux (*Soc. biol.*, 1935, p. 956, t. II).
- SAENZ, PASCAL, COSTIL, CHAPOULAUD. — Recherches sur la bacillémie tuberculeuse effectuée simultanément par la méthode de LÖWENSTEIN et par inoculation au cobaye chez des malades atteints de démence précoce (*Soc. biol.*, 28 avril 1934).
- SATTA (A.). — La tuberculose pulmonaire chez les malades mentaux (*Ospedale Psichiatrico*, vol. VIII, 1936).
- SATTLER. — Phénomènes cérébraux mortels au cours de la tuberculose pulmonaire chronique dus à la lumière des recherches récentes sur « l'inflammation séreuse ». (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLIX, N° 33, 14 août 1936 p. 1015-1017).
- SEGLAS et LHERMITTE. — Psychose toxi-infectieuse tuberculeuse (*Encéphale*, 1909).
- SERGENT. — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. La Tuberculose.*
- SERGENT. — Réactivation des foyers tuberculeux latents et bacilles de sortie (*Académie de Médecine*, 31 mai 1932).
- SNELL. — La phtisie pulmonaire chez les aliénés (*in allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. XLIX, 1890).
- SOUTZO et DMITRESKO. — Démence précoce et tuberculose (*Ann. méd. Psy.*, 1910).
- STEFAN. — *Ueber die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Psychose* (1935).
- TARGOWLA (R.). — Tuberculose et troubles mentaux. Conceptions nouvelles (*Presse Médicale*, samedi 11 février 1933).
- TINEL (M. J.) et Mlle H. GOLDFLAM. — Polynévrite tuberculeuse avec lésions des Cordons Postérieurs (*R. N.*, 1912, p. 383).
- TOMLISON. — La folie et la phtisie, leurs transmutations et leur coexistence in the journal of nervous and mental Diseases (Analyse de M. Victor Parant, *Ann. Méd. Psychol.*, 8^e série, t. V. 1897, p. 450).
- TRUELLE. — Troubles Mentaux dans la Tuberculose (*Journal des Praticiens*, 24 janvier 1914).
- TOULOUSE (Ed.). — *Causes de la Folie*, 1896.
- TOULOUSE, MARCHAND, SCHIFF. — Encéphalites psychiques, (*Encéphale*, mai 1929).
- TOULOUSE, SCHIFF, VALTIS, VAN DEINSE. — Ultra-Virus tuberculeux et démence précoce (*Soc. Méd. Pscyc*, nov. 193).
- TROISIER et DE SANCTIS MONALDI. — *Académie de médecine*, 3 mai 1932.
- VERNET. — Thèse de Lyon, 1935.

- VIÉ (J.). — La réaction de Besredka dans la démence précoce (*Soc. de Psychol.*, 1930 ; *Encéphale*, avril 1930, p. 314).
- VIÉ (J.). — Contribution à l'étude du caractère schizoïde dans les antécédents des déments précoces (*Paris médical*, 6 août 1932).
- VIÉ (J.). — Catatonie, discordance, noyau fondamental de la Démence Précoce (*Société Médico-psychol.*, 22 décembre 1938).
- VIGOUROUX. — Dépression mélancolique, apathie, torpeur intellectuelle. (*Soc. Méd. Psychol.*, 1901).
- VIGOUROUX et DELMAS. — Psychose [polynévritique chez un alcoolique tuberculeux (*Bull. Soc. Anat.*, juillet 1906).
- VIGOUROUX et FOURMAND. — Méningo-Encéphalite tuberculeuse non folliculaire localisée et terminale chez un alcoolique tuberculeux (*Bulletin et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, t. XII, N° 10, p. 94, déc. 1910).
- VIGOUROUX. — Méningite tuberculeuse à forme mélancolique. Sur l'Enc. Hém. et particulièrement sur sa forme tuberculeuse.
- VIGOUROUX et PRINCE. — Rhumatisme tuberculeux et stupeur (*Bull. de la Soc. clinique de Médecine*, 1911, p. 323).
- VOISIN (A.). — *Leçons cliniques sur les maladies mentales* (Article : Folie Tuberculeuse, Paris, Baillière, 1883.)
- VON SCHEID (K. F.). — *Die serologische Tuberkulosedagnostik in Neurologie und Psychiatrie* (160. Band, 1938).
- WAHL. — Confusion mentale, premier signe constatable de Tuberculose pulmonaire (*XXXI^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Blois 1927, p. 387).
- WAHL (L.) et WAHL (M.). — Confusion mentale et Tuberculose pulmonaire (*XXXIV^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes* p. 230, Lille, 1930).
- ZIEHEN (Th.). — *Psychiatrie* (Leipzig 1908, p. 37).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Méthodes d'examen chez le tuberculeux atteint de maladie mentale	1
I ^o examen clinique	2
II ^o examen radiologique	3
III ^o examen de laboratoire	4
Intérêt de la Collaboration du Phtisiologue et du Psychiâtre Pavillon sanatorial de Maison Blanche.....	9
CHAPITRE I ^{er} . — <i>Tuberculose et Troubles Mentaux. Conceptions d'ensemble et rappel historique</i>	13
Rappel historique : 1 ^o de l'antiquité au xx ^e siècle.	
2 ^o de 1900 à nos jours.	
Conception d'ensemble : 1 ^o Importance du Terrain Psychologique	27
2 ^o Rapports avec la modification apportée par la maladie dans l'existence du sujet.....	29
3 ^o Rapports avec le stade évolutif de la maladie et l'intensité de l'Imprégnation.....	29
CHAPITRE II. — <i>Tuberculose et Déséquilibre Mental</i>	32
Phénomènes Réactionnels en rapport avec l'Existence de la Maladie	48
1 ^o Troubles Neuro-Végétatifs	49
2 ^o Syndrome d'Inquiétude	50
3 ^o Syndrome de Refus	51
4 ^o Toxicimanies secondaires	53
Imprégnation tuberculeuse légère. Patraquerie Bacillaire de Burnand	59
Imprégnations tuberculeuses profondes. Dysthymies terminales.	60
a) Euphories terminales	60
b) Mélancolies liées à la profondeur de l'imprégnation naturelle	62

CHAPITRE III. — <i>Psychoses Tuberculeuses proprement dites</i>	73
1 ^o Rappel historique.....	73
2 ^o Nos observations : étude clinique des psychoses tuberculeuses.....	78
Évolution et pronostic	127
CHAPITRE IV. — <i>Formes Psychiques des Atteintes cérébrales organiques</i>	129
1 ^o Méningite Tuberculeuse proprement dite	130
2 ^o Tubercules Cérébraux	135
3 ^o Méningo-Encéphalite tuberculeuse.....	136
4 ^o Encéphalite anatomiquement constatée.....	139
5 ^o Psycho-Polynévrites tuberculeuses	139
a) Rappel historique.	
b) Discussions de deux cas de Psycho-Polynénite alcoolotuberculeuse .	
CHAPITRE V. — <i>Tuberculose et Démence Précoce. Balancement neuro-viscéral</i>	152
1 ^o Historique	152
a) Recherches de laboratoire	153
b) Recherches cliniques	154
2 ^o Balancement neuroviscéral	155
CONCLUSIONS	165
BIBLIOGRAPHIE	169